Nr. 20. 13. maja 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. A. RYTEL Warszawa.
Dr. S. HIGIER
Dr. T. DZIEWANOWSKA

Próby leczenia przewlekłych schorzeń gośćcowych zapomocą wstrzykiwań histaminy.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W.
Zast. Dyr.: Doc. Dr. Z. Gorecki.

Mniejwięcej półtora roku temu zjawiły się w prasie lekarskiej węgierskiej i niemieckiej pierwsze wzmianki o leczeniu przewlekłego gośćca stawowego zapomocą jontoforezy histaminowej (Deutsch). Większość pracujących nad nią autorów (Burkardt, Trumpp, Kaufman), stosowała ją, wychodząc raczej z przesłanek działania miejscowego; autorzy ci powoływali się z jednej strony na stwierdzone niedokrwienie okolic, zajętych procesem reumatycznym (Burkardt, Wright i Pemberton), względnie przewlekłym, oraz z drugiej strony na stwierdzoną doświadczalnie własność histaminy rozszerzania odpowiednich naczyń przedwłosowatych i włosowatych, a wreszcie na istotę wszelkiego leczenia odciągającego *(r. derivans)*, sprowadzającego się jakoby jedynie do przekrwienia, wskutek chwilowej nadprodukcji histaminy w skórze. Widziano więc w jontoforezie histaminowej najracjonalniejszą i najbardziej spotęgowaną postać od wieków znanego leczenia odciągającego.

Ale pozatem trudno nie skojarzyć dodatnich wyników leczenia histaminą z koncepcjami teoretycznemi, uznającemi, że właściwem podłożem pewnej grupy przewlekłych cierpień reumatycznych jest niedomoga gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, pewna, jak to się obecnie mówi, dyshormonoza. Nie ulega przecież wątpliwości, że histamina, nie będąc może właściwą substancją hormonalną, jest produktem dokrewnym, wydzielanym przedewszystkiem przez skórę, że pobudza ona wydzielniczość typowych gruczołów dokrewnych, że bierze ona przytem czynny udział w rozmieszczeniu krwi w rozmaitych częściach układu naczyniowego i że przynajmniej w tym sensie wpływać ona może przyśpieszająco na przemianę materji tkankową, miejscową i ogólną.

Takie motywy wywołały zainteresowanie się nasze zagadnieniem, czy histamina wprowadzana systematycznie do ustroju inną drogą, niż jontoforezą, nie da podobnych wyników leczniczych; czy więc nie możnaby jej uważać za środek, leczący przewlekłe stany reumatyczne wogóle, lub przynajmniej te z nich, w których czynnik etjologiczny hormonalny poważniejszą odgrywa rolę.

Pozatem i szereg innych, stwierdzonych już skutków działania farmakodynamicznego histaminy zdawał się uzasadniać tezę, że leczniczy jej wpływ jest do pewnego stopnia (patrz niżej) specjalnie zależny od stosobu wprowadzenia. A mianowicie: histamina, będąc w zasadzie jadem, działającym przedewszystkiem na komórkę samą, przejawia między innemi następujące efekty farmakodynamiczne: a) działa rozszerzająco na włośniki i naczynia przedwłosowate, powoduje więc lepsze ukrwienie schorzałego obwodowego odcinka, b) wzmaga przemianę spoczynkową, zmniejsza więc, lub niweczy procesy odkładania się złogów, c) wzmaga przepuszczalność przybłonka, a przez to bardziej jeszcze przyśpiesza miejscową wymianę osmotyczną, d) nieznacznie zakwasza ustrój, co samo przez się ma działać dodatnio w przewlekłych stanach reumatycznych i e) wzmaga zdolności żerne fagocytów (Schilf i Feldberg, Loos).

Podkreślić jeszcze warto, że histamina ma łagodzić zjawiska o charakterze wstrząsu anafilaktycznego, w którym, jak to wykazano, ma ulegać zmniejszeniu ilość ciał histaminowych w ustroju (Watanabe). W ten sposób jej lecznicze działanie zyskiwałoby jeszcze jedną podstawę w tych przypadkach, w których czynnik alergiczny (uznany przez niektórych badaczy za przyczynę właściwą wogóle wszelkich zaostrzeń reumatycznych) wchodziłby w rachubę.

Ponieważ histamina przy wprowadzeniu doustnem ulega bardzo szybko rozkładowi w przewodzie pokarmowym i nie wywołuje spodziewanych odczynów farmakodynamicznych, ponieważ dalej wprowadzanie jej dożylne jest wysoce dla chorego nieprzyjemne, a czasem wywołać nawet może skutki niebezpieczne, pozostała nam do wypróbowania metoda wstrzykiwań podskórnych lub domięśniowych, którą posługiwaliśmy się też w streszczonych tu badaniach.

Przygodnie o tego rodzaju leczeniu bólów reumatycznych mówi Deutsch, chwaląc swe wyniki i twierdzi wręcz, że już pojedyncze wstrzyknięcie histaminy, szczególnie w dotknięty myalgją mięsień, sprowadza niemal natychmiastowe ustąpienie bólu na czas dłuższy; nie powołuje się przytem jednak na liczbowo określony materjał kliniczny, ani też nie tłumaczy czemu, mimo tak dobre wyniki, metody tej nie używa.

Mniej entuzjastycznie zapatruje się na działanie wstrzykiwań histaminowych Burkardt; zupełnie sceptycznie ocenia je Kaufman. O innych próbach podskórnego stosowania histaminy w cierpieniach reumatycznych i artretycznych dotychczas wzmianek w dostępnem piśmiennictwie nie znaleźliśmy.

Technika naszych doświadczeń była następująca: u szeregu odpowiednio wybranych chorych, przebadanych dokładnie w zakresie interesujących nas objawów, wstrzykiwaliśmy histaminę w postaci preparatu Imido — w ilościach 0,0002 do 0,0005 histaminy na dawkę (dawkę tę wybraliśmy na zasadzie doświadczenia, o czem dalej będzie mowa). Te wstrzykiwania stosowaliśmy codziennie, co drugi, względnie co trzeci dzień, zależnie od nasilenia się odczynu ogólnego. U każdego z chorych obserwowaliśmy zarówno skutek działania pojedyńczego wstrzyknięcia, jak i wynik ostateczny leczenia, składającego się z 10—18 zabiegów. Ogółem stosowaliśmy tę metodę w 14 przypadkach.

W celu stwierdzenia działania ogólnego na cały ustrój porównywaliśmy: ciepłotę ciała ogólną, ciepłotę skórną okolic niezajętych, tętno, parcie krwi, odczyny naczynioruchowe, charakter i nasilenie dermografizmu oraz plamy białej Halion'a, przemianę spoczynkową i diurezę dobową; co się tyczy krwi, badaliśmy obraz morfologiczny, szybkość opadania ciałek czerwonych oraz określaliśmy ilość kwasu moczowego w surowicy. W niektórych przypadkach przeprowadziliśmy również badanie kapilaroskopowe. W stosunku do odczynu ogniskowego, poza subjektywnem poczuciem ulgi lub jej braku, zwracaliśmy uwagę na wygląd i palpacyjne właściwości schorzałego stawu lub mięśnia, oraz odczyny dermograficzne i ciepłotę skóry w okolicy schorzałej.

Co się tyczy materjału klinicznego, nad którym badania nasze przeprowadziliśmy, składał się on z 14 osób dotkniętych przewlekłemi sprawami reumatycznemi, z czego 11 kobiet i 3 mężczyzn. Wiek pacjentów od lat 22 do 56, przyczem większość z nich, jak to zwykle w przewlekłych sprawach reumatycznych bywa, tyczyła się osobników powyżej 40 lat życia. Rozpoznanie w 7 przypadkach brzmiało: *Polyarthritis rheumatica chronica secundaria*, w 2 *Polyarthritis rheumatica pannosa secundaria*, w 2 *Polyarthritis deformans*, w jednym *Spondyloarthrosis*, w jednym *Polyarthritis urica* i w jednym *Monoarthritis chronica gonorrhoica*. (Określenia schorzeń podajemy na podstawie podziału jednego z nas — Rytla).

Wyniki podajemy poniżej:

1. Pojedyńcze wstrzyknięcie histaminy wykazywało następujący skutek:

A) *Nieznaczną ulgę subjektywną*, występującą niemal jako prawidło, bo w 12 przypadkach na 14; zjawiała się ona zazwyczaj w okresie najsilniej wyrażonej ogólnej reakcji histaminowej i trwała dość krótko: od jednej do trzech godzin; w żadnym z przypadków ulga ta nie była wybitna, nigdy więc nie słyszeliśmy z ust chorego o zupełnem zniknięciu objawów bólowych, jak to podaje np. Deutsch; przejściowe polepszenie w zakresie ruchomości stawowej stwierdzaliśmy tylko w kilku przypadkach i, jak się zdaje, zależało ono wyłącznie od zmniejszenia się składnika bólowego w unieczynnionym stawie. Ulga, jaką przynosi pojedyńcze wstrzyknięcie histaminy, nie zdaje się przytem zależeć od nasilenia odczynu histaminowego, czyto miejscowego, czy ogólnego; stopień ulgi tej nie jest też zależny od miejsca wstrzyknięcia i jego głębi; w jednym tylko przypadku wtórnego gośćca przewlekłego z bolesnością, usadowioną w wyprostnych mięśniach uda, wstrzyknięcie w tę właśnie okolicę było oceniane

przez chorego, jako nieco bardziej skuteczne, niż wstrzykiwania dokonane gdzieindziej.

B) *Odczyn miejscowy* w postaci czerwonego „*hallo*", zjawiającego się od kilkunastu sekund do trzech minut po wstrzyknięciu, trwającego zazwyczaj kilka godzin i dochodzącego nieraz do wielkości dziecięcej dłoni; wkrótce po zjawieniu się „*hallo*", ukazywał się w miejscu wstrzyknięcia bąbel biały, dość wypukły, przypominający ukąszenie pchły, a trwający kwadrans lub nieco dłużej; towarzyszy temu dość znaczne wzmożenie ciepłoty skóry okolicznej, a często też mniej, lub bardziej rozlane swędzenie.

C) *Odczyn ogólny* rozpoczyna się zwykle od subjektywnego wrażenia fali gorąca, idącej wzdłuż kręgosłupa od krzyża ku górze i obejmującej w ciągu kilku minut głowę, twarz, szyję, a czasami i całą górną połowę tułowia; w niektórych przypadkach uczucie ciepła zjawia się również we wszystkich schorzałych stawach i ono to wtedy zapoczątkowuje ulgę subjektywną, o której mówiliśmy; bezpośrednio niemal po tem odczuciu ciepła następuje wybitne zaczerwienienie się całej twarzy, w niektórych przypadkach również i szyi; ciepłota skórna podnosi się nieznacznie nawet w okolicach, nieobjętych zaczerwienieniem, u niektórych osobników jednak ciepłota skóry kończyn dolnych nawet opada przejściowo. Tętno nie wykazuje wybitniejszych różnic, parcie krwi nieznacznie opada, co najwyraźniej występuje 20—25 minut po wstrzyknięciu. Badania kapilaroskopowe dały wynik ujemny.

Odczyn ogniskowy, poza subjektywną ulgą co do bólów i ewentualnem polepszeniem ruchów, wyraża się w pewnych przypadkach wzniesieniem się ciepłoty skórnej okolicy schorzałej w stopniu znaczniejszym i trwalszym niż gdzieindziej.

Jak już zaznaczyliśmy, ulga subjektywna nie zdaje się zależeć od nasilenia odczynu histaminowego, czyto miejscowego, czy ogólnego, czy ogniskowego. Przyzwyczajenia do histaminy, któreby się objawiało zmniejszaniem się odczynu na następne wstrzykiwania tejże dawki, nie stwierdzaliśmy; nie występowały również zjawiska o charakterze przewrażliwości przy dłuższem jej stosowaniu.

Ilekroć próbowaliśmy wstrzykiwać dawki ponad 1/2 mg histaminy, powodowaliśmy odczyn ogólny subjektywnie bardzo przykry z objawami bardzo silnego bólu głowy (tyłogłowia), uczuciem napięcia gałek ocznych, niepokoju w okolicy serca, a w jednym przypadku z mdłościami i wymiotami. Te próby właśnie zdecydowały, że ustaliliśmy dawkę leczniczą na 0,2—0,5 mg, nieco niższą, niż to podają niektórzy autorowie (F e n y e s, D e u t s c h).

Co się tyczy serji wstrzyknięć histaminowych, to wyniki takiego leczenia przedstawiają się następująco:

Poprawę kliniczną i subjektywną stwierdzić mogliśmy zaledwie w 3 przypadkach na 14 i to poprawę dość nieznacznego stopnia. W innych przypadkach stan pozostawał bez zmian; pogorszenia stanu nie stwierdziliśmy ani razu.

Dane, tyczące się badanych przez nas właściwości i objawów, przedstawiały się naogół nietypowo, w większości przypadków (9:14) zaznaczał się spadek ciśnienia krwi (do 20 Mx, a 15 Mn), jednakże w 2 przypadkach stwierdzić mogliśmy nawet nieznaczne wzniesienie się parcia krwi; w 5 przypadkach zmniejszył się wyraźnie poziom kwasu moczowego we krwi (w jednym z 6 mg % na 2 mg %). Pozostałych wyników wyżej podanych badań omawiać nie będziemy, gdyż nie dały one ani wyraźnych ani jednokierunkowych obrazów.

Pod względem ściślejszego rozpoznania wszystkie trzy przypadki, w których wystąpiła poprawa, należały do typu *Polyarthritis rheumatica chronica secundaria*, z tych jeden ze zmianami o charakterze zmian zniekształcających. Dwie osoby wykazywały dolegliwości wieku przejściowego. U obu zaznaczyło się też wyraźne zmniejszenie się kwasu moczowego we krwi.

Wnioski więc ostateczne wynikające z naszych badań brzmieć muszą, jak następuje:

1. Pojedyńcze wstrzyknięcie podskórne, lub domięśniowe histaminy u chorych na przewlekłe cierpienia reumatyczne powoduje, oprócz typowego, miejscowego i ogólnego, odczynu histaminowego, krótkotrwałą subjektywną ulgę. Ulga ta nie zależy od nasilenia odczynu ani od miejsca wstrzyknięcia.

2. Serja wstrzykiwań histaminy prowadzi w nieznacznym odsetku przypadków do trwalszej poprawy również jednak nieznacznego stopnia, mimo że przypadki te nie wykazują żadnych innych zmian wyraźniejszych w zakresie czyto czynności wegetacyjnych, czy miejscowego ukrwienia skóry, czy przemiany spoczynkowej. Jedynie tylko poziom kwasu moczowego we krwi ulega obniżeniu równoczesnemu, jak się wydaje, z poprawą.

Wyniki naszych badań są więc w zasadzie negatywne i poniekąd sprzeczne z opisywanemi przez D e u t s c h a pojedyńczemi przypadkami wyraźnych polepszeń. Być może, że użyliśmy dawek zbyt małych, które jednak tak bliskie były toksycznych, że powiększyć dawkowanie możnaby było tylko przez częstsze podawanie histaminy (np. dwa, lub więcej razy na dobę).

Nie możemy przeto polecić leczenia wstrzykiwaniami histaminy, jako skutecznej metody przyczynowej terapji stanów reumatycznych, a conajwyżej, jako leczenie pomocnicze, łącznie z innemi sposobami postępowania.

Piśmiennictwo:

L a t k o w s k i J.: Pol. Arch. Med. Wewn. Nr. 3. T. IX. 1931. — R y t e l A.: Warsz. Czas. Lek. Nr. 38—40. 1931. — R y t e l A.: Wiedza Lek. Nr. 1. 1932. — B a u e r: Der sgn. Rheumatismus, Drezno Steinkopf 1929. — B u r k a r d t A.: Therap. d. Gegenw. 1932. 5. — C a l d w e l l i M a y o: Arch. int. Med. 1931. str. 403. — D e u t s c h D.: Med. Klin. 1931. 41. — D e u t s c h D.: Vortr. Berl. med. Ges. 17. VI. 1931. — D u v e r n o y: Presse méd. 1928. II. Str. 1156. — F r e u n d: Z. f. Physik. Therap. 1930. Str. 126. — F e l d b e r g i S c h i l f: Histamin. Berlin. Springer 1930. — C a r t e n b e r g: Dtsch. med. Woch. 1930. II. str. 1902. — G a b l e: Vortr. deutsch. Ges. inn. Med. — G e r l i P.: Osped. magg. 1929. str. 235. — K a u f m a n Z.: D. m. W. 1932. 17. — K o p i t s J.: Arch. orthop. Chir. 1932. 7. — L o o s: Ztschr f. exp. Med. 1931. str. 463. — M a r i n e s c u i B r u c h: Rev. med. 1930. — R i e b o l d: Münch. med. Woch. 1930. I. str. 90. — R u h m a n n: Münch. med. Woch. 1931 II. — T r u m p p: Münch. med. Woch. 1931. 44. — T e n y e s: Wien. Arch. inn. Med. 1931. str. 281. — V a s: D. h. W. 1932. 26. — W a t a n a b e: Z. f. Immunforsch. 1931. str. 50.

Dr. Józef SPIRA. Kraków.

O powstaniu i leczeniu trwałych przetok zausznych po zwykłem wydłótowaniu wyrostka sutkowego.

Z oddziału oto-laryngologicznego Szpit. Izraelickiego w Krakowie. Ordynator: Dr. Józef S p i r a.

W warunkach prawidłowych gojenie się rany po zwykłem wydłótowaniu wyrostka sutkowego przebiega szybko i prowadzi do powstania mniej lub więcej gładkiej blizny. Istnieją jednak przypadki, w których sprawa ta ulega zaburzeniom, w wyniku których powstaje trwała przetoka w bliźnie pooperacyjnej. Przetoki te występują pod postacią dwóch odrębnych postaci, różnych od siebie zarówno pod względem sposobu powstania jak i w przebiegu klinicznym. Pierwszy typ przetok, o których mowa, ma przyczynę swoją w pozostawieniu w ranie operacyjnej zropiałych komórek i zmienionych części kostnych. Ogniska te podtrzymują sprawę chorobową, wydzielają obficie i mimo dużej skłonności do wytwarzania ziarniny, prowadzą do powstania przetok. Źródłem tego są błędy w technice operacyjnej; sprawą tą w tem miejscu zajmować się nie będę. Nas zajmuje przedewszystkiem drugi typ przetok, przetok suchych lub skąpo wydzielających. Przetoka taka prowadzi z reguły do większej jamy, znajdującej się w głębi wyrostka i dalej poprzez „*Aditus ad antrum*", łączy się z jamą bębenkową i światem zewnętrznym. Już powierzchowne badanie tych przypadków naprowadza nas na to, że powodem tego powikłania nie jest jakaś przeszkoda, tkwiąca w głębi rany, lecz słaba skłonność do gojenia się rany.

Zapatrywania nasze na losy jamy „poantrotomijnej" uległy w nowszych czasach znacznym zmianom. Podczas gdy dawniej istniało przekonanie, że jama ta wypełnia się nowopowstałą tkanką kostną, to badania Z e r o n i e g o, L a n g e g o i innych wykazały, że o takiej regeneracji niema mowy. Nowa tkanka kostna powstaje tylko w niewielkiej ilości i prowadzi najwyżej do zgrubienia beleczek kostnych, względnie do wytworzenia się cienkiej warstwy kostnej w powierzchownych częściach rany, nie jest jednak w stanie wypełnić większych ubytków. Właściwa rana operacyjna zostaje wypełniona przez ziarninę, która w dalszym rozwoju przechodzi w twardą, włóknistą tkankę łączną. W wytworzeniu tej ziarniny biorą udział zarówno ściany kostne jamy pooperacyjnej jak i części miękkie otoczenia. Zwłaszcza tkanka pochodząca z skórnych brzegów rany ma wielkie znaczenie, ponieważ wystarcza ona do zamknięcia rany nawet wtedy, jeżeli tworzenie ziarniny od wewnątrz jest upośledzone. W tym ostatnim przypadku powstaje czasem w okolicy *antrum* stała jama, która jest zamknięta od zewnątrz twardą włóknistą tkanką o cechach tkanki bliznowatej.

Istnieją jednak przypadki, w których odnowa w zupełności zawodzi. I tutaj wytwarza się ziarnina, ale jest ona w tak małej ilości i o tak słabej dzielności rozrostowej, że nie jest w stanie

wypełnić ubytku. W miejscu rany powstaje duże zagłębienie albo też stała przetoka, która pokrywa się naskórkiem, wrastającym od brzegów skórnych. W innych przypadkach początkowo wytwarza się ziarnina w dostatecznej ilości, lecz będąc źle unaczyniona lub z innych, bliżej nam nieznanych przyczyn następowo kurczy się i doznaje zwyrodnienia śluzakowatego. Wreszcie spotykamy chorych, u których ziarnina rozrasta się prawidłowo, lecz natrafia na nieprzewidzialne przeszkody w postaci błony śluzowej, wzrastającej od jamy sutkowej i jamy bębenkowej. Między temi dwiema różnorodnemi tkankami rozpoczyna się teraz walka, której wynik jest różny. Jeżeli ziarnina jest odpowiednio silna, przedewszystkiem zaś jeżeli ma ona dużą dzielność wzrostu, wtedy mimo wszystko rozrasta się i powoduje zamknięcie jamy. W przeciwnym razie zostaje pokryta przez błonę śluzową wzgl. nabłonek i zahamowaną w wypełnieniu jamy.

We wszystkich tych przypadkach w ostatecznym wyniku powstaje trwała przetoka, mniej lub więcej szeroka, głębokości 2—4 cm, prowadząca aż do jamy sutkowej. Niejednokrotnie wyczuwa się w głębi surową, chropawą kość. Przetoka jest wyścielona cienką warstwą naskórka, który wrasta od brzegów skórnych. Z głębi jamy zazwyczaj wydobywa się wydzielina śluzoworopna w niewielkiej ilości. Istnieją jednak okresy, czasem nawet kilkotygodniowe, w których przetoka jest zupełnie sucha, a nawet powierzchownie zamknięta. Jednak przy najlżejszem podrażnieniu, po przeziębieniu, a zwłaszcza nieżycie górnych dróg oddechowych, u kobiet często w okresie miesiączkowania, przetoka otwiera się i z głębi wydobywa się obficie wydzielina ropna.

Przyczyny powstania tych przetok są bardzo różnorodne. Rozstrzygające znaczenie odgrywa niewątpliwie osłabienie zdolności odnawiania się tkanki wypełniającej jamę. Toteż zaburzenie to spotykamy przedewszystkiem tam, gdzie odczyn ustroju jest osłabiony a więc u osobników niedokrwionych, osłabionych lub wyczerpanych długotrwałą chorobą. Pewne znaczenie mają też czynniki uboczne, jak stan górnych dróg oddechowych, stosunki anatomiczne w wyrostku sutkowym, czas wykonania zabiegu, może też rodzaj zakażenia. Przewlekłe nieżyty nosa, jam bocznych nosa i jamy nosowo-gardłowej podtrzymują ropienie w uchu środkowem, a tem samem wpływają niekorzystnie na stan rany operacyjnej. Duża jama sutkowa tylko z trudnością zamyka się: przez to zostaje ułatwione wrastanie nabłonka z jamy bębenkowej do rany — sprawa, która w wysokim stopniu utrudnia wypełnienie ubytku przez ziarninę. Te 2 ostatnie czynniki a mianowicie schorzenia górnych dróg oddechowych i stosunkowo dużą jamę sutkową spotykamy zwłaszcza u dzieci i prawdopodobnie to jest przyczyną częstego powstawania przetok zausznych w młodym wieku. Wreszcie znanem jest, że przypadki operowane we wczesnym okresie zapalenia ucha środkowego goją się czasem z pozostawieniem trwałego otworu za uchem.

Obok tych czynników niejako niezależnych od operatora ważne znaczenie ma sama technika operacyjna i leczenie pooperacyjne. Pozostawienie zropiałych komórek lub zmienionych części kości może powodować długotrwałe ropienie. Jeżeli wkońcu przyjdzie do wyleczenia sprawy zapalnej lub jeżeli zmienione części zostaną usunięte przy wtórnym zabiegu, to ziarnina uszkodzona i osłabiona w swej żywotności przez długotrwałe leczenie nie ma więcej skłonności do wzrostu i nie wypełni należycie jamy. Że zbyt silne wzgl. za słabe sączkowanie utrudniają gojenie się rany, a tem samem ułatwiają powstanie przetoki, jest rzeczą ogólnie znaną, dlatego wspominam o niej tylko mimochodem. Taksamo wiadomem jest, że okostna i części miękkie stanowią główne źródło powstania odrastającej tkanki łącznej i dlatego operator winien je oszczędzać, a zaszycie większej części rany należy do zasad dziś ogólnie uznanych.

Natomiast chciałbym zwrócić szczególną uwagę na okoliczność, która jest stosunkowo mało uwzględniania przez otjatrów. Jest nią zbyt doszczętne postępowanie przy zabiegu operacyjnym. Że okoliczność ta odgrywa duże znaczenie, wynika z następującego zestawienia: porównując moje wyniki operacyjne z ostatnich 10 lat, zauważyłem w ostatnich kilku latach wybitne zwiększenie się częstości przetok pooperacyjnych po zwykłem wydłótowaniu wyrostka sutkowego. Przeglądając zaś historje chorób przekonałem się, że wzrost ten datuje się od czasu, kiedy zradykalizowałem moją technikę operacyjną. Podczas gdy dawniej zadawalniałem się usuwaniem chorych komórek, operując o ile możności raczej łyżeczką, to w ostatnich latach postępując w myśl zasad podanych przez N e u m a n n a na zjeździe niemieckich otolaryngologów w r. 1927, starałem się systematycznie otwierać wszystkie komórki bez względu na to, czy komórki te okazały się chore czy zdrowe. Otóż o ile zasada ta w odniesieniu do operacji przy wczesnych schorzeniach wyrostka sutkowego jest uzasadniona, ponieważ w tym czasie nie nastąpiło jeszcze odgraniczenie i trudno odróżnić komórki chore od zdrowych — o tyle w zwykłych przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego operowanych w 4 lub 5 tygodniu choroby jest to radykalizm zbyt daleko posunięty, a jednem z jego przykrych następstw jest łatwiejsze powstawanie przetok zausznych. Prawdopodobnie mają tu znaczenie 2 czynniki: pierwszy, to wytworzenie dużej jamy, której wypełnienie przez ziarninę przedstawia znaczne trudności a drugi, to osiągnięcie przez zabieg zbyt gładkich ścian, którym brak bodźców do wytwarzania się ziarniny. Doświadczenie wykazuje, że w jamach „poantrotomijnych", w których pozostają chore komórki, przychodzi do szczególnie silnego bujania ziarniny. Pokrywa się to z zapatrywaniem L a n g e g o, który uważa, że nowowytworzona tkanka w wyrostku sutkowym nie ma cech rozrodczych, lecz ma raczej cechy zapalne. Przy doszczętnym zabiegu sposobem N e u m a n n a, przy otworzeniu wszystkich komórek, przy operacyjnem osiągnięciu gładkiej i mało unaczynionej *„tabula vitrea"* — ściany kostne wytwarzają nader skąpą ziarninę, a wypełnienie całego ubytku odbywa się kosztem części miękkich. W prawidłowych warunkach sprawa ta wystarcza do zamknięcia jamy. Jednak już przy niewielkich przeszkodach, przy pewnych uchybieniach w leczeniu pooperacyjnem, przy osłabionej skłonności ziarniny do rozrostu — gojenie opóźnia się i może doprowadzić do wytworzenia trwałej przetoki. Nie znaczy to, aby nam wolno było pozostawić w jamie operacyjnej zropiałe komórki lub chorobliwie zmienione części kości, które mogą następowo spowodować powikłania. Jednakże uważam, że nie jest konieczne, aby otwierać wszystkie komórki bez względu na ich stan. Wystarczy ograniczyć się do części chorych i o ile możności zachować warstwę gąbczastą kości, która będąc w stanie zapalnym — może łatwo wytwarzać ziarninę. Podobnie zgrubiała i zapalnie zmieniona błona śluzowa może być źródłem wytwarzania się ziarniny i dlatego mało zmienione komórki wystarczy otworzyć i stworzyć w nich odpływ bez wyskrobywania błony śluzowej. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do jamy sutkowej.

Leczenie przetok po zwykłem wydłótowaniu wyrostka sutkowego jest różne i zależy od tego, czy jama jest sucha czy ropieje. W pierwszym wypadku należy przyjąć, że przetoka jest trwała t. j. nieulegająca więcej zmianom i niema widoków, aby samoistnie się zamknęła; stan ten wymaga zabiegu operacyjnego a mianowicie plastycznego zamknięcia.

Przy leczeniu przetok ropiejących duże znaczenie ma czas trwania sprawy chorobowej. O ile sprawa jest świeża, a stan zapalny nie jest ukończony, można przyjąć, że tworzy się jeszcze nowa ziarnina, co może doprowadzić do zamknięcia otworu. W przypadkach tych cały nasz wysiłek leczniczy musi iść w tym kierunku, aby oszczędzać ziarninę i ułatwić jej wzrost. Dlatego wskazane jest leczenie możliwie zachowawcze: powierzchowne opatrunki bez sączkowania wzgl. całkiem płytkie zakładanie sączków. Również ważną jest dążność do wzmocnienia odporności organizmu przez leczenie ogólne: dobre powietrze, ew. zmiana klimatu, odpowiednie odżywianie, lampa kwarcowa: można też spróbować podawanie insuliny. Wielkie znaczenie ma leczenie górnych dróg oddechowych zwł. u dzieci; usunięcie przerostów muszli nosowych lub powiększonych migdałków sprowadza niejednokrotnie szybkie wyleczenie sprawy zapalnej w uchu i w jamie operacyjnej.

Powyższe postępowanie prowadzi w większości przypadków do zupełnego wyleczenia. Kiedy otwór zauszny zamknie się, nie da się zgóry oznaczyć. W przypadkach przeze mnie spostrzeganych, następowało to przeważnie w 3 lub 4, czasem jednak i w 5 miesiącu po zabiegu operacyjnym. Do tego czasu uważam za wskazane powstrzymać się od wszelkich wtórnych zabiegów, przedewszystkiem zaś od tak chętnie i często a zupełnie bezcelowo stosowanego skrobania. Ranę należy pozostawić samej sobie: im mniej się koło niej robi, tem większe są widoki na wyleczenie.

Niestety zapatrywanie powyższe nie jest ogólnie przyjęte. Stałe wydobywanie się wydzieliny ropnej z jamy operacyjnej nasuwa podejrzenie, że przyczyną niegojenia się jest pozostawienie w jamie zropiałych komórek lub zmienionych części kości — co niejednokrotnie skłania operatora do przeglądnięcia rany. Postępowanie to jest zazwyczaj bezcelowe, a często wprost szkodliwe. Nawet w tych przypadkach, w których w głębi rzeczywiście znajdują się chore komórki, zwykłe ich usunięcie rzadko prowadzi do wyleczenia. Widocznie tkanka odrastająca uszkodzona długiem sączkowaniem i powtórnym zabiegiem nie ma dość żywotności dla rozrostu i nie potrafi wypełnić całego ubytku W ostatecznym wyniku powstaje jama jeszcze większa niż przed zabiegiem.

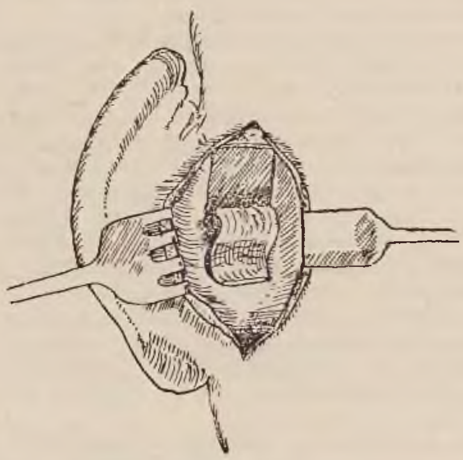
Leczenie przetok naświetlaniami promieniami Roentgena, zdaniem mojem, zupełnie zawodzi. Na szczegół ten chciałbym zwrócić szczególną uwagę, ponieważ w piśmiennictwie pojawiły się zdania, jakoby promienie Roentgena działały pobudzająco na ziarninę w jamie poantrotomijnej. Spostrzeżenia moje tego nie potwierdzają. W przypadkach, w których zwykłe leczenie zawodziło, nie widziałem żadnej poprawy po naświetlaniu. Możliwe, że w przypadkach wyleczenia po naświetlaniach, opisanych przez innych autorów, chodziło o zwykły zbieg okoliczności — a więc *post hoc* — a nie *propter hoc*.

O ile do 6 miesięcy po wykonanym zabiegu nie nastąpi wyleczenie rany, dalsze wyczekiwanie staje się bezcelowe i należy przystąpić do powtórnego zabiegu podobnie jak przy przetokach suchych. Istotą zabiegu — w obu przypadkach — jest wypełnienie ubytku świeżą tkanką, która daje podstawę do bujania ziarniny. Zwykłe ściągnięcie i zaszycie skóry nie wystarcza; koniecznem jest zastosowanie jednego z plastycznych sposobów zamknięcia.

Nie będę tu opisywał wszystkich sposobów, ponieważ ich opis można znaleźć w każdym podręczniku; wspomnę tylko w krótkości o 3, jako będących dziś najwięcej stosowanych, a mianowicie o met. Winklera, Passowa i Neumanna.

Winkler usuwa tylną ścianę przewodu kostnego z pozostawieniem mostu w pobliżu błony bębenkowej a następnie przecina przewód błoniasty od mostu aż do małżowiny i tworzy z niego płat, który wyściela dno jamy kostnej. W ten sposób zostają drenowane do przewodu „*aditus*", jama sutkowa i jama bębenkowa; zewnętrznie jama zostaje zaszytą.

Jakkolwiek sposób ten prowadzi do wyleczenia, to jednak mieści on w sobie szereg ujemnych cech, które szczególnie podkreśla Neumann. Mianowicie w następstwie zabiegu zostaje przetoka przemieszczoną z powierzchni skroniowej do przewodu usznego. W jamie operacyjnej przychodzi do zetknięcia się 2 różnorodnych tkanek: naskórka z przewodu i błony śluzowej wrastającej od jamy sutkowej; zetknięcie to prowadzi do walki, która powoduje stałe i obfite wytwarzanie się śluzowej wydzieliny. Pozatem takie wgłębienie przewodu zewnętrznego staje się zbiorowiskiem brudu i kurzu, które trzeba stale usuwać. Prawdopodobnie błędy te są przyczyną, że w przypadkach operowanych tym sposobem przychodzi często do nawrotów.



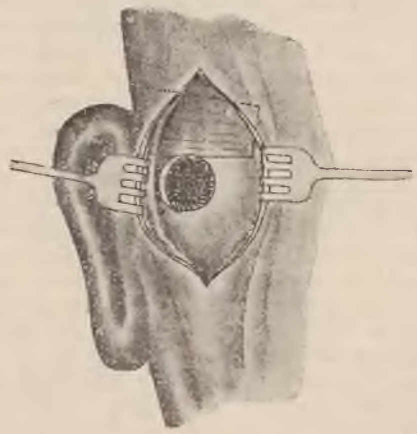
Ryc. 1. Metoda Neumanna; podług Schlandera w Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde — Denker-Kahler.

Passow, wychodząc z założenia, że najważniejsze znaczenie przy tworzeniu tkanki odtwórczej odgrywa okostna, tworzy 2 płaty z okostnej, po jednym do przodu i do tyłu od przetoki. Płaty te wpukla Passow do jamy operacyjnej — po poprzedniem odświeżeniu rany — i zaszywa zewnętrznie skórę. O ile płaty nie wypełniają jamy, można dobrać jeszcze okostną z okolicy skroniowej wzgl. część mięśnia skroniowego.

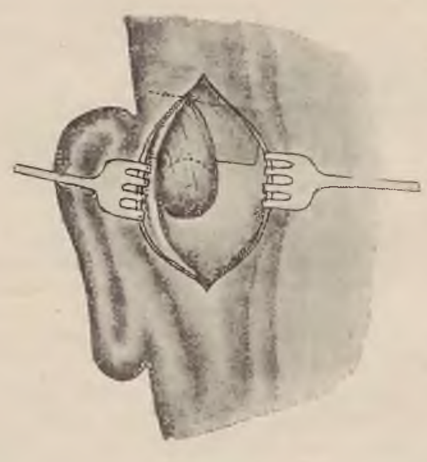
Jeszcze bardziej uproszczony jest sposób Neumanna. Autor ten okrawa możliwie daleko ku górze mięsień skroniowy i otrzymuje w ten sposób duży płat z podstawą na dole; płat ten zostaje odwrócony i wpuklony do jamy.

Każdy z tych sposobów może prowadzić do wyleczenia. Zdaje się, że względem najważniejszym jest — jak wyżej wspomniałem — utworzenie płatu z części miękkich i wpuklenie go do środka. Płat ten jest źródłem dla wytworzenia się ziarniny, która ma za zadanie wypełnić ubytek. Z tego powodu należałoby zarzucić sposób Winklera jako najbardziej powikłany i mający szereg ujemnych stron, o których wyżej wspomniałem. Najprostszym jest sposób Neumanna; zachodzi jednak pytanie, czy przy wielkich ubytkach płat z mięśnia i tworząca się następowo ziarnina wystarczają do wypełnienia jamy.

W przypadkach spostrzeganych na oddziele oto-laryngologicznym szpitala Izraelickiego stosowałem sposób Passowa z małemi zmianami. Postępowanie moje jest następujące: Cięcie skórne daleko ku górze z okrojeniem brzegów skórnych w otoczeniu ubytku. Uwolnienie skóry i oddzielenie od okostnej ku tyłowi, górze i przodowi. Oddłótowanie wystających części kostnych zwłaszcza w tyle tudzież na ścianie tylnej przewodu kostnego. Następuje przegląd rany: przy suchych przetokach wystarcza wyskrobanie ścian jamy. O ile rana ropieje, konieczne jest dokładne przeglądnięcie i ew. usunięcie zmienionych części. Utworzenie płatów z okostnej w otoczeniu jamy; w skład płatu górnego wchodzi też część mięśnia skroniowego. Wielkość i kształt płatów są różne i dostosowane do warunków w każdym poszczególnym przypadku. Najważniejszem jest odpowiednie przecięcie płatu górnego; cięcia prowadzę nie tak, jak podał Neumann, ponieważ mam wrażenie, że odżywienie płatu pobranego jego sposobem jest upośledzone. Podstawa płatu winna przypaść na część środkową a po odpreparowaniu okostnej wraz z mięśniem płat zostaje przesunięty ku dołowi. Stosunki te najlepiej odtwarzają ryciny 2 i 3. Płaty wpuklam do jamy i kładę jeden na drugim. Następuje zeszycie skóry na głucho lub też — o ile rana ropiała — z pozostawieniem małego sączka w dolnym brzegu rany. Opatrunek uciskowy.



Ryc. 2. Cięcie dolne idzie wzdłuż górnego brzegu jamy kostnej; cięcie górne — o 2 cm powyżej; cięcie boczne łączy 2 poprzednie



Ryc. 3. Płat z okostnej i mięśnia skroniowego zostaje przesunięty ku dołowi i wpuklony do jamy.

W ten sposób operowałem 8 przypadków i we wszystkich nastąpiło zupełne wyleczenie. Czas do wygojenia był różnie długi i zależny od stanu przetoki. W przypadkach przetok suchych leczenie trwało do 10 dni, w przetokach zaś poprzednio ropiejących okres gojenia wynosił 3—8 tygodni. Leczenie pooperacyjne polegało na powierzchownych opatrunkach i na zakładaniu zupełnie płytko małych sączków. Nawrót spostrzegłem w jednym przypadku spowodu powtórnego zapalenia ucha środkowego w rok po zabiegu.

Ryciny do pracy Dr. J. Zambrzyckiego **p. t.:** ***Nowe sposoby leczenia dożylnego.***



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.



Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 8.



Ryc. 9.

Dr. Jan ZAMBRZYCKI. Grudziądz.

Nowe sposoby leczenia dożylnego.

Dla uzupełnienia artykułu ogłoszonego w numerze 41 Polskiej Gazety Lekarskiej z roku 1933 opisuję szereg przypadków, przy których zastosowano injekcje dożylne preparatów z oliwy. By ustalić i sprecyzować wskazania, zużyto przy nich tylko trzy preparaty, mianowicie jeden z 20% zawartością jodu związanego organicznie z *ol. Olivar.* (płyn jest jasno-żółty), drugi ciemnobronzowy z zawartością 0,125 chininy w jednym cm³ oliwy i jako trzeci zawiesinę 1% *Calcium jodatum* w oliwie. Wszystkie trzy dostarczyła mi firma wyrobów farmaceutycznych R. Barcikowski w Poznaniu.

Na wstępie trzy przypadki *ulcus ventriculi — duodeni.*

1) Pacjent F. N., czeladnik murarski, lat 54, alkoholik. Z 18 rokiem życia chorował na dysenterje, innych chorób nie przechodził. Od trzech lat choruje na żołądek, przed dwoma miesiącami zwracał krwią i odtąd ma często stolce smołowate. Prócz tego ma boleści po każdem jedzeniu, bóle głowy i zawroty. Dnia 6 listopada 1933 r. zawołano mnie w nocy do niego. W misce, która stała obok łóżka, było około 1 l czystej krwi, którą chory codopiero zwymiotował. Pacjent był bardzo blady i spowodu nadmiernego upustu krwi nieprzytomny. Zastrzyknąłem mu natychmiast dożylnie 2 cm³ opisanej powyżej zawiesiny z *Calc. jodat.* i powtarzałem zabieg ten co drugi dzień. Po dwóch tygodniach dawałem preparat z jodem w tej samej ilości co drugi dzień. Krwawienie z żołądka ustało natychmiast i chory miał przez kilka dni obstrukcję. Wykonanie pierwszego zdjęcia rentgenowskiego w dn. 11 listopada 1933 r. (Ryc. 1) było połączone z trudnościami. Pacjent był bardzo słaby i zemdlał przed statywem. Po krótkim wypoczynku dostał drugi raz lekarstwo kontrastowe i dopiero wówczas wykonano fotografję. W międzyczasie pierwsza porcja lekarstwa przesunęła się w całości do jelita cienkiego i dlatego sylwetka żołądka, świeżo wypełnionego drugą porcją, widoczna jest na tle rysunku jelit. Ujście żołądka i dwunastnica są skurczone. Dopiero na drugiej fotografji z dn. 23 grudnia 1933 (Ryc. 2) widocznem jest, w którem miejscu znajdują się zmiany chorobowe. Mianowicie przy małej krzywiźnie blisko odźwiernika ściana żołądka jest wyciągnięta w kształcie krótkiego leja ku środkowi. Zmiana ta jest stałą i jak mnie pouczyły następne prześwietlenia, nie pochodzi z czasowego skurczu żołądka. Przy dokładnem obserwowaniu pierwszej fotografji jest ten lej już tam widoczny, lecz szerszy i dłuższy. Przypuścić więc należy, że zachodzi tu *ulcus curvaturae minoris* ze zrostami z otrzewną. Zastrzyki preparatu jodowego wykonywałem w dalszym ciągu dwa razy na tydzień. Bolesności żołądka i krwawienia niewidoczne zupełnie ustały. Na trzeciem zdjęciu z dnia 15 stycznia 1934 (Ryc. 3) wypuklenie żołądka jest znacznie mniejsze i węższe. Terapja zastosowana u chorego osiągnęła bardzo dobre wyniki: w stosunkowo krótkim czasie wrócił do zdrowia i wykonuje swoje zajęcie. Ma apetyt i jest bez boleści, mimo że nie przestrzega żadnej specjalnej diety.

2) Pacjent A. G., posterunkowy, 36 lat. W 15 roku życia chorował na zapalenie płuc, w roku 1918 miał kurcze żołądkowe. Od roku 1926 stale na nie choruje. Od października 1933 dostaje silne boleści po każdem jedzeniu, mdłości i odbijania. Jest zupełnie wyczerpany i karmi się wyłącznie kleikami. Na pierwszej fotografji z dnia 25 października 1933 (Ryc. 4) widać rozszerzenia żołądka i zwężenie i zniekształcenie odźwiernika. Sylwetka żołądka kończy się u ujścia poziomą, kilka razy załamaną linją. Odczyn benzydynowy w kale wypada po diecie bezmięsnej dodatnio. Po próbnem śniadaniu jest HCl 45, ogólnej kwasoty 65. Dane te zniewalają do diagnozy wrzodu odźwiernika. Na drugiem zdjęciu z dnia 25 listopada 1933 r. (Ryc. 5) komunikacja pomiędzy żołądkiem a dwunastnicą jest szerszą, część odźwiernikowa zaokrąglona i rozszerzenia żołądka mniejsze. Zastrzykiwałem choremu począwszy od 23 października 1933 r. co drugi dzień jeden cm³ zawiesiny z *Calc. jodat.* dożylnie, oprócz tego zapisałem mu dietę składającą się z mleka, jaj i białego mięsa. Trzecie zdjęcie z dnia 20 grudnia 1933 (Ryc. 6) uwidocznia szeroki otwór do dwunastnicy i widać na niej opuszkę dwunastnicy dobrze wypełnioną. Rozszerzenie żołądka ustąpiło zupełnie. Chory pozbył się bólów i wymiotów i rozpoczął z dniem 1 stycznia 1934 r. pracę zawodową. Krwawienia niewidoczne ustały w przeciągu grudnia.

3) Pacjent F. M., robotnik fabryczny, 43 lat. Od roku 1916 choruje na owrzodzenie dwunastnicy. Diagnozę ustalono już w szpitalach podczas wojny światowej. Pierwsze zdjęcie z dnia 3 kwietnia 1933 r. (Ryc. 7): dwunastnica jest bardzo mało wypełniona i widoczna tylko jako szereg małych plam, część odźwiernikowa żołądka kończy się cienkiem wydłużeniem. Na drugiem zdjęciu z dnia 8 maja 1933 (Ryc. 8) widać część środkową dwunastnicy wypełnioną prawidłowo, tylko opuszka jest skurczona. Zdjęcie z dnia 12 czerwca 1933 (Ryc. 9) pokazuje dwunastnicę wypełnioną gazami ale opuszkę o prawidłowym kształcie. Chory otrzymywał w czasie od 1 kwietnia 1933 do końca czerwca 1933 r. co drugi dzień 1 cm³ zawiesiny wapniowej dożylnie i odtąd ustały kurcze żołądka i wymioty.

Następuje opis dwóch przypadków *colitis ulcerosa.*

1) Pacjent H. B., urzędnik gospodarczy, lat 25, rosły, czerstwy i silny. Od trzech lat choruje na ropne odchody z odbytu, które kilka razy następują po każdem normalnem wypróżnieniu. Badanie stolca po próbnej diecie wykazuje resztki mączki i bakterje, barwiące się jodem na niebiesko (granuloza). Inne zawartości pokarmu są dobrze strawione. Na następną konsultację przyniósł chory duże naczynie wypełnione zakrwawioną żółtą masą, niecuchnącą kałem, raczej gnijącym serem. Był to jeden z ropnych odchodów. Ciecz tę można rozetrzeć jak ropne plwociny pomiędzy dwoma szkłami. Badanie drobnowidzowe dowodzi, że składa się wyłącznie z leukocytów, które po większej części straciły protoplazmę. Z wielu pozostały tylko jądra. Przez rektoskop widać znamienny dla tej choroby obraz: duże blade i powleczone szarą warstwą powierzchowne owrzodzenia okolone różowym brzegiem zajmują 1/2 do 2/3 obwodu odbytnicy i pokazują się aż do okrężnicy wstępującej. Śluzówka, która pozostała między niemi, jest nabrzmiała, zgalareciała i pokryta plastrami ropy. Analiza soku żołądkowego wykazuje HCl 100, ogólną kwasotę 150. Chory dostawał od 8 września 1932 do 5 lutego 1933 r. dwa razy tygodniowo 2 cm³ preparatu jodowego dożylnie. Z początku ustawały powoli odchody czysto ropne. Potem ukazywała się ropa tylko jako nasadka na pierwszej porcji normalnego stolca. Wkońcu reszta ropy zniknęła i druga rektoskopja wykonana w marcu 1933 r. uwidoczniła normalny wygląd śluzówki odbytu i okrężnicy. W styczniu b. r. otrzymałem od chorego wiadomość, że jest zupełnie zdrów.

2) Pacjentka L. H., zamężna, w wieku 30 lat. Nie chorowała ani na dur brzuszny ani na czerwonkę. Cierpi na zatwardzenie i na częste ropne stolce, które, choć nieobfite, ukazują się kilka razy po normalnym kale. Rektoskopja wykazuje blade, długie i powierzchowne wrzody, następujące po sobie aż do esicy. Błona śluzowa jest zgalareciała i miejscami pogórkowato nabrzmiała. Na fotografji z dnia 7 października 1933 (Ryc. 10) widać w okrężnicy, wypełnionej gazami, przerywany rysunek ścianki w kształcie siatki. Obraz ten powstaje pewnie w ten sposób, że lek kontrastowy *(Neobar)* podany *per rectum* może tylko tam, gdzie niema ropy, przylgnąć do śluzówki. Chora otrzymywała od 7 października 1933 r. do 3 grudnia 1933 r. co drugi dzień 1 cm³ preparatu jodowego dożylnie, poczem ropienie zupełnie ustało.

Z chorób płucnych opiszę wpierw dwa przypadki zgorzeli.

1) Pacjent F. R., lat 55, robotnik fabryczny, ojciec sześciorga dzieci. Od dłuższego czasu jest bezrobotny i spowodu niedostatecznego odżywienia wycieńczony. Silne wyczerpanie przyczyniło się do zaniku odporności i było powodem jego choroby. Rozpoczęła się kaszlem i wypluwaniem ropnych wydzielin. Od dwóch tygodni zapach powietrza wydechowego i plwocin stał się cuchnący i te ostatnie nabrały koloru ciemnego. Odór wypełnia cały pokój, w którym się chory znajduje, powoduje smak goryczy w ustach i odbiera choremu apetyt. Przy zbadaniu na początku marca 1933 roku stwierdziłem jamę w lewem płucu. Na pierwszem zdjęciu z dnia 8 marca 1933 roku (Ryc. 11) widoczny jest mniejszy defekt, położony ośrodkowo w lewem płucu z wysiękiem, zarysowującym się ku górze poziomą linją. Wkoło niego widać wąskie pasma naciekowe. Nie ulega więc wątpliwości, że zachodzi u chorego gangrena płuc w kształcie ropnia. Od początku marca dawałem choremu co drugi dzień 2 cm³ preparatu jodowego dożylnie z tym skutkiem, że po dwóch tygodniach przykry zapach ustąpił i apetyt się poprawił. Na drugiem zdjęciu z dnia 22 marca 1933 r. (Ryc. 12) ognisko pierwotne otoczone jest szerokiem pasmem nacieku. Kurację kontynuowałem w ten sam sposób. W przeciągu miesiąca następnego kaszel prawie zupełnie ustał i chory wrócił do sił. Trzecie zdjęcie z dnia 26 maja 1933 r. (Ryc. 13) uwidocznia, że jama płucna zniknęła zupełnie; a na jej miejscu pozostały delikatne zciemnienia pochodzące z przerostów tkanką łączną. Chory otrzymywał zastrzyki jeszcze przez kilka tygodni i jest odtąd zupełnie bez kaszlu.

2) Pacjent A. S., portjer, lat 29. W sierpniu 1933 r. zachorował na grypę z kaszlem i silną gorączką. Po 3 tygodniach gorączka zupełnie opadła, ale kaszel nie ustępował i oddech i plwociny stały się zczasem cuchnące. Na pierwszem zdjęciu z dnia 13 października 1933 r. (Ryc. 14) widać intensywny trójkątny cień w dolnej zewnętrznej części prawego płatu górnego. Zachodzi więc u niego zgorzel w postaci nacieku brzeżnego, podobnego do zawału. Zastrzyknąłem choremu wpierw trzy razy

po 1 cm³ preparatu chininowego dożylnie co drugi dzień, potem dostawał w tym samym odstępie 2 cm³ preparatu jodowego. Z początku był jeszcze bardzo osłabiony, lecz zczasem siły wróciły, kaszel stał się mniej męczący i przestał cuchnąć. Na drugiem zdjęciu z dnia 22 grudnia 1933 roku (Ryc. 15) ognisko pierwotne jest mniejsze i jaśniejsze i kończy się ku dołowi w dwóch cienkich pasmach, pochodzących ze zgrubienia międzypłatowej opłucnej. Przy osłuchiwaniu tego miejsca słychać silne drapanie, zresztą jest szmer oddechowy w prawym górnym płacie pęcherzykowy. 23 stycznia 1934: drapanie jeszcze słabo słychać. Prześwietlenie wykazuje dwie cienkie kreski na granicy górnego i średniego płatu prawego. Pacjent nie ma boleści przy oddychaniu i nie kaszle.

Z dużej ilości chorych na gruźlicę płuc, których leczyłem zastrzykami preparatów z oliwy, opisuję następujące trzy:

1) Pacjent A. D., lat 25, biuralista. Obciążony jest dziedzicznie ze strony matki, która choruje na gruźlicę płuc. Jako dziecko nie przechodził żadnych chorób. Cierpienie jego rozpoczęło się przed pięciu laty krwiopluciem, poczem dłuższy czas kaszlał i gorączkował. Leczono go zastrzykami wapiennemi. Po chwilowem wyleczeniu wstąpił do wojska, lecz już po dwóch tygodniach musiał się udać do szpitala wojskowego, gdzie stwierdzono gruźlicę. W roku 1931 dostaje trzeci raz pogorszenie z krwiopluciem, gorączką i silnym kaszlem z wymiotami. Od lata 1931 roku jest w mojej obserwacji. Wówczas pluł stale krwią, gorączkował do 39° i leżał w łóżku. Przy zbadaniu stwierdziłem zmiany gruźlicze w obu płucach z przewagą prawej strony. W plwocinach były prątki Kocha. Dawałem mu wpierw dożylnie *Calc. glukonat.*, lecz już od sierpnia 1931 roku dostawał dożylnie preparat z oliwy z *Calcium jodatum* co drugi dzień. Chory znosił te zabiegi bardzo dobrze, gorączka opadała powoli i krwawienie ustało. Już zimą tego samego roku wrócił do zajęcia. Od grudnia 1931 roku dostawał tylko preparat z jodem dwa razy na tydzień po 1 cm³. Zimę 1931 i wiosnę 1932 roku przebył dobrze mimo częstych przeziębień. W roku 1932 przeprowadziłem leczenie w ten sam sposób. Pierwsze zdjęcie z dnia 25 października 1932 roku (Ryc. 16) oddaje obraz płuc przepełniony doszczętnie plamami różnego gatunku i wielkości, pochodzącemi przeważnie z stwardnień, w mniejszej ilości z nacieków i zwapnień. Pomiędzy niemi widoczne są małe jamy. Mimo tak poważnych zmian stan chorego nie budzi obaw. Nie ma gorączki ani silnego kaszlu. W zimie 1932 roku żeni się wbrew radzie lekarskiej. Silne przeziębienie z zapaleniem oskrzeli, na które zapadł wiosną 1933 roku, nie powoduje pogorszenia choroby płuc. Przez cały rok 1932 i 1933 dawałem mu dożylnie preparat jodowy. Drugie zdjęcie z dnia 25 sierpnia 1933 roku (Ryc. 17) uwidocznia znaczne zmiany pierwotnego stanu. Zamiast plam widać teraz więcej długich rozgałęziających się pasm, między któremi znajdują się części silnie rozjaśnione, pochodzące z miejscowej rozedmy. Stan ten można uważać za definitywne wygojenie, tem więcej, że w międzyczasie nie nastąpiło żadne pogorszenie. Pacjent pracuje bez przerwy i nie ma gorączki. W plwocinach niema już więcej prątków Kocha. Jak z powyższego opisu wynika, nastąpiła decydująca zmiana i polepszenie w przebiegu choroby od czasu rozpoczęcia leczenia preparatami z oliwy.

2) Pacjent A. M., lat 20, gimnazjalista. W kwietniu 1932 roku zachorował na krwioplucie i zaczął gorączkować. Po chwilowem polepszeniu uczęszczał do szkół od września 1932 do lutego 1933 roku. W lutym 1933 roku zachorował na zapalenie opłucnej z wysiękiem wpierw z prawej a potem z lewej strony. Wysięk odpuszczano kilkakrotnie, poczem nastąpiło wygojenie. Od lipca 1933 roku dostał chrypkę, boleści w gardle i przy łykaniu. Na początku sierpnia 1933 roku próbowano założyć z prawej strony sztuczną odmę, lecz bez skutku. Od 3 września 1933 roku leczy się u mnie. Przy badaniu stwierdziłem kompletny zrost opłucnej po obu stronach i zmiany gruźlicze w obu górnych płatach, przedewszystkiem z prawej strony. Laryngoskopja wykazała nabrzmienie brzegu krtani i owrzodzenie lewego pasma głosowego. W plwocinach było wiele prątków Kocha. Zachodzi więc gruźlica płuc ze zrośnięciem opłucnej i zajęciem krtani. Chory otrzymywał od samego początku dwa razy na tydzień 1 cm³ preparatu jodowego dożylnie. Na zdjęciu z dnia 5 września 1933 roku (Ryc. 18) widać drobne plamy naciekowe w prawym płacie górnym, w mniejszej ilości także we wszystkich innych częściach płuc. Na zdjęciu drugiem zrobionem po trzymiesięcznem leczeniu dnia 10 grudnia 1933 r. (Ryc. 19) nacieki po większej części znikneły, tylko prawy szczyt jest jeszcze lekko zaciemniony. Równocześnie nastąpiła znaczna poprawa choroby krtani. Opuchlizna ustąpiła i wrzód na lewem paśmie głosowem zabliźnił się zupełnie. Głos chorego jest teraz zupełnie czysty. Ma on chwilowo boleści w plecach lecz zresztą czuje się dobrze, ma apetyt i przybiera na wadze. Przy prześwietleniu dnia 18 stycznia 1934 roku nie widać oprócz lekkiego ściemnienia prawego szczytu żadnych zmian chorobowych w płucach. Badanie drobnowidzowe plwocin wykonane tegoż dnia nie wykazuje prątków Kocha. Chory ma czysty głos i jest bez kaszlu.

3) Pacjent W. Z. chorował na gruźlicę w prawym płacie górnym. Dostawał przez marzec, kwiecień i maj 1933 r. co drugi dzień 2 cm³ preparatu jodowego dożylnie. Porównując zdjęcie z dnia 15 marca 1933 r. (Ryc. 20) z tem z dnia 18 maja 1933 roku (Ryc. 21), stwierdzić należy, że kuracja osiągnęła dobry rezultat. Silne nacieki w prawym górnym płacie widoczne na pierwszej fotografji zniknęły. Pozostały tylko cienie w postaci cienkich pasm na granicy górnego i dolnego płatu prawego.

Dr. Felicja HAŁACIŃSKA Lwów.
Dr. Aleksander KARCZYŃSKI. St. Asystenci Lecznicy.

Wyniki leczenia gruźlicy płuc otokiem olejowym [1]).

Z Lecznicy Lwowsk. T-wa walki z gruźlicą w Hołosku Wielkiem.
Dyrektor i Prymarjusz: Dr. Lesław Węgrzynowski.

Okres postępu techniki, który obecnie przeżywamy, wyciskając swe piętno we wszelkich dziedzinach, zaznaczył się też wybitnie w nowoczesnem lecznictwie, w którem jednak można zauważyć ogólnie popełniany błąd nieliczenia się z faktem, że tylko przez połączenie techniki z wiedzą teoretyczną można wiedzę lekarską uważać za sztukę, a nie za rzemiosło. Jeżeli pod tym kątem widzenia patrzeć będziemy na zagadnienie leczenia gruźlicy w dobie obecnej, to przyznać musimy, że leczenie uciskowe, polegające właśnie na zasadzie mechanicznej, jest wielkim krokiem od czasów twórców leczenia klimatyczno-dietetycznego Brehmera i Dettweilera.

Musimy jednak pamiętać zawsze o tem, co już pramistrz leczenia uciskowego Forlanini słusznie podkreślał, że leczenie to samo przez się nie leczy, a tylko stwarza korzystne warunki do samoleczenia się procesu.

Wogóle, jeżeli chodzi o gruźlicę, wydaje się najsłuszniejszem stanowisko, że gruźlica jest w zasadzie schorzeniem samouleczalnem, a każde nasze postępowanie lecznicze powinno zmierzać do postawienia ustroju w najkorzystniejsze warunki do owego samoleczenia się, wyrażając się ściślej, w najkorzystniejsze warunki odczynowe w sensie biologicznym.

Główne zainteresowanie nasze w leczeniu gruźlicy powinien stanowić stosunek bodźca zakażenia do zapasu sił obronnych, a więc owa alergja. Ogólnie mówiąc, przy leczeniu musimy ciągle dążyć do oszczędzania względnie wzmagania sił obronnych, i tym sposobem umożliwić owo samoleczenie się.

Era uciskowego leczenia gruźlicy płuc, którą my dzisiaj przeżywamy, przechodziła różne koleje. Już w krótkim czasie po wprowadzeniu owej metody do praktyki, okazało się, że idea ta w swej pierwotnej postaci nie może rozwiązać całego szeregu trudności. Skutkiem tego zaczęto szukać rozmaitych sposobów technicznych, aby powiększyć zakres przypadków przeznaczonych do owego leczenia. Jakże niedawno jeszcze dogmatem dla leczenia odmą sztuczną było: wolna, bez zrostów jama opłucnowa, brak zmian gruźliczych w drugiem płucu i t. p. Obecnie przestała być paradoksem sztuczna odma dwustronna.

Drogą odpowiednich zabiegów nauczyliśmy się stwarzać warunki do leczenia uciskowego, dość wspomnieć o przerywaniu zrostów, uwalnianiu wierzchołków płuc i t. p. Praktyka bowiem wykazała, że idealne warunki zachodzą naogół rzadko i dopiero przez wytworzenie pewnych warunków rozszerzyć możemy zakres naszego działania.

Faktem jest, że leczenie uciskowe wybija się, jako najbardziej celowe, na plan pierwszy. Technicznie ucisk ten rozmaicie przeprowadzamy, zależnie od możliwości lub trudności, na jakie natrafiamy. Jedną z owych metod to leczenie wlewaniem płynów oleistych do jamy opłucnowej t. zw. otok olejowy *(oleothorax)*, gdzie do działania mechanicznego dołącza się działanie drażniące, odkażające i t. p. Wlewanie płynów oleistych do jam surowiczych wprowadzili Wegner, Recklinghausen, Glimm i inni już od roku 1906. Wlewali oni rozmaite płyny oleiste i zawiesiny do jamy otrzewnowej, i już wówczas stwierdzili, że otrzewna znosi tego rodzaju zabieg zupełnie bez szkodliwych następstw. Wlewanie oliwy gomenolowej do jamy opłucnowej zapoczątkował Bernou w roku 1921 i już wtedy zwrócił uwagę na działanie mechaniczne (uciskowe) i odkażające. Wraz z udoskonalaniem się techniki metoda ta zyskiwała prawo

[1]) Według referatu wygłoszonego dnia 24. XI. 1933 r. na posiedzeniu Lwowskiego T-wa Lekarskiego.



Ryc. 10.



Ryc. 11.



Ryc. 12.



Ryc. 13.



Ryc. 14.



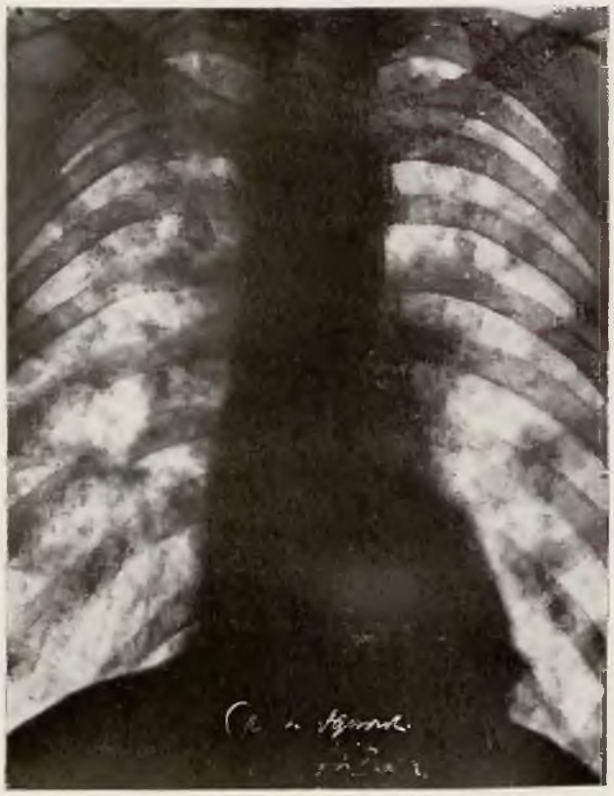
Ryc. 15.



Ryc. 20.



Ryc. 21.



Ryc. 16.



Ryc. 17.



Ryc. 18.



Ryc. 19.

obywatelstwa w leczeniu uciskowem gruźlicy płuc, a zwłaszcza od czasu ukazania się prac Küssa, któremu właściwie zawdzięczamy dokładniejsze sprecyzowanie techniki i wskazań tego zabiegu.

Naszem zadaniem jest przedstawienie w ogólnych zarysach wyników leczenia otokiem olejowym w Lecznicy Lwowskiego Twa walki z gruźlicą w Hołosku.

Jeżeli chodzi o ogólną charakterystykę naszych przypadków, to już w tem miejscu należy zaznaczyć, że stosowaliśmy leczenie otokiem olejowym w przeważnej części w przebiegu leczenia odmą sztuczną, bądźto spowodu jej niedostateczności, bądź też spowodu zaszłych powikłań, jak np. wysięku zwłaszcza ropnego. W mniejszym odsetku przypadków stosowaliśmy to leczenie z innych powodów, jak pęknięcie płuca, zarastanie jamy opłucnowej, odma nienasycona i t. d.

Na podstawie otrzymanych wyników i kilkuletniej obserwacji powiedzieć możemy, że skuteczność zależy w pierwszym rzędzie od doboru odpowiednich przypadków, dalej, że leczenie otokiem olejowym powinno być w zasadzie traktowane jako leczenie przejściowe, tak, by przy korzystniejszych warunkach można było przejść spowrotem względnie też rozpocząć leczenie odmą sztuczną. Wkońcu w kilku przypadkach stosowaliśmy otok olejowy pod koniec leczenia odmą.

Z ogólnych uwag na podstawie naszego doświadczenia wynika, że stosowanie otoku olejowego wykonywane być musi z reguły ostrożnie, ciśnienia końcowe nie powinny dochodzić do dodatnich, gdyż łatwo spowodować można pęknięcie płuca zwłaszcza przy zmianach blisko opłucnej położonych. Tu wypada podkreślić, że ucisk otoku na płuco jest odmienny od ucisku gazem, gdyż w otoku ucisk zależny jest przedewszystkiem od ciśnienia hydrostatycznego, wynoszącego wedle szeregu autorów 25—30 cm zależnie od wysokości klatki piersiowej; przyczem trzeba uwzględnić ułożenie chorego, gdyż jasnem jest, że ciśnienie hydrostatyczne inne będzie u chorego leżącego, a inne u chodzącego.

Okres obserwacji u naszych chorych wynosi od 1—3 lat.

W przeważnej ilości przypadków stosowaliśmy oliwę gomenolową 1—8%.

Z powikłań obserwowaliśmy jedynie wyjątkowo podrażnienia opłucnej, zresztą tylko niewinne podniesienia ciepłoty, zawroty głowy i t. p.

W jednym z naszych przypadków po wlaniu 10 cm³ oliwy gomenolowej chora oddziałała lekkiem podrażnieniem nerek, które szybko i bez śladów ustąpiło, powtarzając się jednak po każdorazowem dopełnieniu. Ze względu na konieczność kontynuowania leczenia nie zaprzestaliśmy otoku mimo tego powikłania. Jeżeli chodzi o samą technikę zabiegu, to zabieg poprzedzaliśmy zwykle próbą tolerancji, t. zn. wlewaliśmy 5—10 cm³ 2% oliwy gomenolowej, i następnie poddawaliśmy chorego kilkudniowej obserwacji z codziennem badaniem moczu. Dopiero po stwierdzeniu stopnia tolerancji, przystępowaliśmy do właściwego zabiegu, najczęściej zwyczajną strzykawką, względnie też, jeżeli mieliśmy do czynienia z już istniejącą odmą sztuczną, aspirowaliśmy pewną ilość gazu a następnie zastępowaliśmy gaz oliwą, zapomocą wkłucia 2 igieł równocześnie w dwóch oddalonych miejscach klatki piersiowej w różnych poziomach, co nam umożliwiało każdoczesną kontrolę ciśnienia w jamie opłucnowej.

Samo założenie otoku olejowego wykonywaliśmy kilkuczasowo, zwiększając za każdym razem dawkę oliwy, i w ten sposób dochodziliśmy do ucisku optymalnego, ustalanego badaniem klinicznem i rentgenologicznem. Tu musimy podkreślić, że do leczenia otokiem olejowym dobieraliśmy przypadki dopiero po dłuższej obserwacji, gdyż w całym szeregu obserwowanych przez nas przypadków odmy sztucznej, powikłanej wysiękiem surowiczym, nie widzieliśmy szkodliwego wpływu wysięków na przebieg leczenia. Wcale nierzadko, zgodnie z pracami Dumaresta, Rista i innych, zauważyliśmy poprawę subjektywną i ogólną po przebyciu zapalenia opłucnej, co Rist w swych pracach tłumaczy działaniem uodparniającem płynu wysiękowego.

W dwóch przypadkach leczonych odmą sztuczną, w których wprowadzane powietrze szybko znikało, udało się nam po wlaniu oliwy gomenolowej stwierdzić bardzo drobne pęknięcie w płucu. Przyczyny tych pęknięć tłumaczyliśmy sobie oderwaniem się płuca od drobnych zrostów, względnie zropieniem małego podopłucnowego gruzełka.

Z następnej grupy wskazań wymienimy przypadki leczone odmą, w których w drugim roku leczenia dopełnienia szły trudniej, w małych ilościach oraz nie wywierały należytego ucisku. W wymienionych przypadkach stosowaliśmy przeważnie z powodzeniem otok olejowy przeciwzrostowy. Po jedno lub kilkurazowem wlaniu oliwy, stwierdzaliśmy uwolnienie płuca od świeżych zrostów i w krótkim czasie powrócić mogliśmy do leczenia odmą.

Następna grupa obejmuje przypadki leczone zasadniczo także odmą sztuczną, w których mimo dużych dawek gazu, dochodzących do 1500 cm³, ciśnienie w jamie opłucnowej prawie nie zmieniało się, radjoskopja wykazywała płuca nieuciśnięte względnie mało uciśnięte z przesunięciem całego śródpiersia. W jednym z tych przypadków stwierdziliśmy wyraźną przepuklinę śródpiersia. Po wlaniu oliwy gomenolowej wystąpił dość silny odczyn w postaci gorączki, bólu w klatce piersiowej oraz pojawiło się nawet drobne krwioplucie.

Objawy powyższe po kilku dniach ustąpiły. Gdy po 2 tygodniach przystąpiliśmy do dopełnienia odmy, stwierdziliśmy znacznie korzystniejsze warunki. Mianowicie po wprowadzeniu około 500 cm³ powietrza ciśnienia wahały się około zera, rentgenologicznie ucisk płuca przedstawiał się dobrze, a co do trwałości także znacznie lepiej. Także szybkość opadania krwinek zmniejszyła się prawie o połowę. W przypadkach tych przyjąć musieliśmy, że przyczyną poprawy było podrażnienie opłucnej z następowem zesztywnieniem śródpiersia i opłucnej.

Wbrew twierdzeniu niektórych autorów uważamy, że w niektórych przypadkach zmuszeni jesteśmy do podrażnienia opłucnej w ciągu leczenia odmą, chociaż ideałem naszym winno być dążenie do zachowania opłucnej w stanie normalnym. Jeżeli jednak normalny stan opłucnej w pewnych przypadkach utrudnia przeprowadzenie ucisku, to w imię zasady *„salus aegroti suprema lex"* wolno nam sprowadzić sztucznie podrażnienie opłucnej, jeżeli stworzymy sobie przez to korzystniejsze warunki do leczenia.

Skolei wymienimy kilka przypadków ropni opłucnowych, w których przystąpiliśmy do leczenia otokiem olejowym, jako wstępem do wykonanej później torakoplastyki. Wkońcu główną domeną naszego leczenia otokiem olejowym były przypadki wysięków ropnych, powstałych bądź przez zropienie wysięków surowiczych, bądź też z innego powodu.

Co się tyczy częstości dopełnień, to ulegały one wahaniom, zależnie od szybkości wchłaniania. Zgodnie z szeregiem autorów z Glimmem na czele, stwierdziliśmy, że ostrość procesu chorobowego stoi w prostym stosunku do szybkości wchłaniania. Im sprawa ma przebieg bardziej przewlekły, tem też wchłanianie jest mniejsze.

Jeżeli przejdziemy do omówienia mechanizmu działania oliwy gomenolowej, to przedewszystkiem musimy podnieść, że mechanizm jest zależny od następujących czynników: 1) stanu opłucnej, 2) rodzaju płynu, 3) stanu płuca i 4) umiejscowienia zrostów.

O ile chodzi o czynnik pierwszy, to zgodnie z doświadczeniami Waitza, przekonaliśmy się, że t. zw. dziewicza opłucna chłonie znacznie szybciej. Dlatego też w miarę leczenia otokiem olejowym resorbcja staje się coraz to mniejsza, gdyż oliwa gomenolowa drażni coraz to silniej opłucną wywołując zamknięcie względnie zarośnięcie przestrzeni międzylimfatycznych.

Czynnik drugi jest sam z siebie zrozumiały i nie wymaga wyjaśnienia.

Rozstrzygającym momentem jest często czynnik trzeci, t. j. stan płuca. Ruchomość płuca wpływa w jednym lub drugim kierunku na szybkość rozlewania się płynu w jamie opłucnowej i jego wchłaniania się. Dlatego też, im większe jest uciśnięcie płuca a więc im mniejsza jest ruchomość płuca, tem też wolniej płyn się wsysa. O ile zgodzimy się, że wchłanianie zależy tylko od krążenia limfatycznego, to zrozumiałem już jest upośledzone wchłanianie się wysięków u osobników zołzowatych i gruźliczych.

Czynnik czwarty, t. zn. umiejscowienie zrostów, ma ważne znaczenie w otoku przeciwzrostowym, jasnem bowiem jest, że u chorego z zrostami w górnych częściach wykonamy otok olejowy przeciwzrostowy w ułożeniu leżącem, celem umożliwienia płynowi rozejścia się do płatów górnych.

Działanie oliwy gomenolowej można podzielić na: 1) uciskające, 2) odkażające i ewentualnie 3) odżywcze. Działanie uciskowe w wyniku nie różni się od ucisku gazem, podlega jednak, jak już zaznaczyliśmy, prawom hydrostatycznym.

Sposób działania odkażającego jest sporny. Zdaniem większości autorów, mamy do czynienia z procesem biochemicznym w postaci uczynnienia pierwoszcza, przekrwieniem i napływem leukocytów, których ferment rozpuszcza masy serowate, względnie też, jak chce Bernou, dołącza się do tego lipoliza, której następstwem jest zmydlenie oliwy i uwolnienie czystego gomenolu, a ten już wprost działa odkażająco na opłucną, a przez podrażnienie jej może niekiedy spowodować wtórną proteolizę.

Wspomnieć jeszcze należy o rzadkich przypadkach wybiórczego wchłaniania samego tylko gomenolu, w których przy dopełnieniach wydobywaliśmy z opłucnej prawie że czystą oliwę, wolną od gomenolu, co tłumaczyliśmy różnicą w spójności.

Tyle co do działania odkażającego, któremu poświęciliśmy nieco więcej miejsca, gdyż w przypadkach ropnych działanie to wybijało się na plan pierwszy.

Działania odżywczego przy leczeniu otokiem olejowym nie mogliśmy stwierdzić. Poprawę stanu ogólnego i przyrost wagi ciała skłonni byliśmy raczej odnieść do zahamowania sprawy chorobowej i pewnego objawu odtruwania organizmu.

Wnioski.

1. Otok olejowy wydatnie wspomaga leczenie uciskowe odmą, zwłaszcza w przypadkach odmy niezupełnej, względnie w przypadkach z jamami opornemi przy leczeniu odmą.
2. Otokiem olejowym możemy w wielu przypadkach przeszkodzić w wytwarzaniu się zrostów i umożliwić kontynuowanie leczenia odmą.
3. Niektóre pęknięcia płuca np. z małym wentylem nadają się do leczenia otokiem.
4. W niektórych przypadkach możemy wlaniem oliwy gomenolowej wykryć drobne pęknięcia płuca (gorzki smak w ustach, obecność gomenolu w plwocinie).
5. Skuteczne działanie otoku olejowego zaznacza się w przypadkach wysięków ropnych w opłucnej, powstałych bądź w przebiegu leczenia odmą, bądź też innego pochodzenia.
6. Otok olejowy może być z powodzeniem stosowany w niegruźliczych schorzeniach płuc jak np. w rozstrzeniach oskrzeli, ropniach i zgorzeli płuc.
7. Najgroźniejszem powikłaniem jest przebicie płuca, występujące wedle Fontaine'a w 12.5%. Niebezpieczeństwo powstania perforacji zachodzi najczęściej przy operowaniu wysokiemi ciśnieniami w sensie ciśnienia hydrostatycznego.

Reasumując wyniki leczenia otokiem olejowym stwierdzamy na podstawie naszego materjału chorych i doświadczenia, że z leczenia tego powinniśmy wydatnie korzystać. Jak z prac różnych autorów wynika, po początkowym zachwycie zaczynają oni leczenie otokiem olejowym odsuwać na plan dalszy. Zdaniem naszem, stosując zasadę złotego środka, będziemy najbliżej prawdy. Leczenie to przy ściśle sprecyzowanych wskazaniach i dobrze opanowanej technice dawać powinno wcale zachęcające wyniki.

Piśmiennictwo:

Bühn: P. G. L. 1932. — Bühn i Oxner: Gruźlica 1933. T. VIII. Oxner: Wiad. Lek. 1932. Nr. 2. — Stopczyk: Gruźlica. 1933. T. IV. Tomanek: Praktyka Lek. 1929. — Bernou: L'oléothorax J. med. 1927. — Bernou: Rev. Tbc. 1928. Nr. 5. — Fontaine: L'oléothorax. — Forlanini: Ergeb. d. Inn. Med. 1912. — Glimm: D. Zeitschr. f. Chir. 1906. — Küss: Sect. D'Etud. sc. de l'oeuvre de la tbc. 1928. — Küss: Rev. tbc. 1926. — Recklinghausen: Virchows Archiv. — Rosenberg: Tbk. Bibl. Nr. 42. 1931. — Waitz: Beitr. z. Klin. d. Tbc.

Dr. Jan CHRZANOWSKI. Łódź.

Kiła żołądka.

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala im. Prez. Mościckiego.
Ordynator: S. Minc.

Od czasu rozprawy Andriala o kile żołądka, napisanej w 1839 r., schorzenie to stopniowo wchodzi w zakres badań klinicznych i anatomo-patologicznych. Coraz częściej szczególniej w ostatnich kilkunastu latach poczęły mnożyć się prace na ten temat, wśród których jest wiele bardzo cennych. Niepodobna wyliczyć wszystkich autorów, którzy zajmowali się badaniami kiły żołądka, wystarczy wspomnieć niektórych takich, jak Galliard, de Tropinard, Dujardin-Beaumetz, Chiari, Dieulafoy, Hayem, Fournier, Einhorn, Glaser, Boas, Konietzny, którzy opracowali głównie stronę kliniczną; następnie — de Cornil, Klebs, Neumann, Flexner, Hausmann, jako badacze kiły żołądka głównie z punktu widzenia anatomo-patologicznego. Jeżeli chodzi o przypadki na tle kiły dziedzicznej, to pisali o nich Stockes, Mackay, Dévé, Audrain, Mariano Castex, Pozzi.

Kiła żołądka najczęściej występuje w 3 okresie kiły. Może występować w każdym wieku, nawet u noworodków i płodów, najczęściej jednak między 20 a 40 rokiem życia. Zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet; Ramond Felix stara się to objaśnić nadużywaniem ze strony mężczyzn alkoholu i tytoniu.

Kiła żołądka jest schorzeniem rzadkiem, tem bardziej jeżeli chodzi o przypadki na tle kiły dziedzicznej; choć rzadko spotykamy to schorzenie, jednak prawidłowo postawione lub nawet przypuszczalne rozpoznanie ma ogromne znaczenie, ponieważ zastosowanie leczenia swoistego zazwyczaj daje poprawę stanu chorobowego lub nawet zupełne jego wyleczenie. Rozpoznanie często napotyka na duże trudności, ponieważ kiła żołądka rzadko przebiega z objawami charakterystycznemi dla tego schorzenia. Tylko zbiór danych z wywiadu, badania i obserwacji klinicznej i badań dodatkowych mogą skierować myśl na właściwą drogę, zaś dodatnie wyniki po leczeniu przeciwkiłowem utwierdzają w słuszności rozpoznania. Ważnem więc jest choć ogólnie poznać istotę tego schorzenia.

Jeżeli chodzi o podział na różne postacie, to trudno go przeprowadzić spowodu atypowości obrazów tak klinicznych jak i anatomicznych, chociaż niektórzy autorzy próbują to uczynić, biorąc za podstawę objawy kliniczne (Loeper), albo zmiany anatomo-patologiczne (Hausmann). Jest jednak wskazanem wyodrębnić pewne postacie dla dokładniejszego i więcej przejrzystego wykazania zmian i procesów patologicznych, zachodzących w żołądku na tle kiły. Przedewszystkiem należy tu wspomnieć o nieżycie żołądka, występującym w następstwie zmian kiłowych w naczyniach i rozwoju tkanki łącznej w podśluzówce i śluzówce, co pociąga za sobą zanik gruczołów wydzielniczych. Klinicznie często występują ucisk lub bóle w nadbrzuszu, odbijania, mdłości, dochodzi niekiedy do wymiotów. Badanie treści żołądkowej zwykle wykazuje niedokwaśność lub nawet bezsok. Jest to ważną cechą charakterystyczną dla wszystkich postaci schorzeń kiłowych żołądka. Według Brams'a 90% przypadków kiły żołądka przebiega z niedokwaśnością lub bezsokiem. Czasem stwierdza się w treści żołądkowej kwas mlekowy i dużą ilość limfocytów. Stwierdzano jakoby w treści dodatni odczyn Wassermanna, który po leczeniu swoistem był ujemny (Hermann). Objawy nieżytu żołądka można stwierdzić przy innych postaciach kiły żołądka, jako objawy współistniejące. Niektórzy autorzy (Konietzny, Lang, Heyrowski, Neumann, Zawadzki) przypisują nieżytom kiłowym żołądka ogromne znaczenie przy powstawaniu wrzodu żołądka. Inni znowu (Bergmann, Heller) za najważniejszy etjologiczny czynnik dla powstania wrzodu uważają toksyczne działanie kiły na układ roślinny, głównie okołowspółczulny.

Wrzód jest najczęstszą postacią schorzeń kiłowych żołądka. Lang twierdzi, że 20% wszystkich wrzodów żołądka przypada na chorych na kiłę. Wrzód kiłowy żołądka jest bardzo podobny do wrzodu Cruveilhiera, niekiedy niczem się od niego nie różni. Czasem jednak badanie anatomo-histologiczne może wykryć pewne cechy charakterystyczne w postaci twardych, nierównych brzegów z okolicznem nacieczeniem, zmian naczyniowych i prosówkowatych kilaków. Badanie rentgenowskie wykrywa niszę, zazwyczaj niczem nie różniącą się od niszy wrzodu trawiennego. Wrzody kiłowe zwykle powstają w pobliżu odźwiernika i najczęściej na małej krzywiźnie, są one przeważnie pojedyńcze, czasami może być ich kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt. Frankel Eugenjusz widział ich w jednym przypadku 13, Meschede opisał przypadek, gdzie było ich aż 51. Są one różnej wielkości, dochodzą czasem do wielkości dłoni. Klinicznie wrzód kiłowy żołądka przebiega często z bólami o różnem nasileniu, czasem z promieniowaniem do pleców lub noszących charakter bólów opasujących. Bóle występują niekiedy w nocy, wcale lub mało są zależne od przyjmowania pokarmów; stosowanie odpowiedniej diety i środków uspokajających niewiele wpływa na ich złagodzenie. Zdarza się, że wrzód kiłowy przebiega bez bólów, tylko krwotoki żołądkowe lub krwawe wymioty zdradzają ich obecność (Fournier, Dieulafoy, Loeper). Badanie treści żołądkowej, jak już było wspomniane wyżej, wykazuje prawie zawsze niedokwaśność lub bezsok. Niektórzy autorzy (Hausmann, Brams, Aoyama) posuwają się nawet tak dalece, że przypadki przebiegające z prawidłową kwasotą tem bardziej zwiększoną, nie uważają za wrzody kiłowe żołądka. W kale zwykle stwierdza się krew utajoną.

Niekiedy kiła żołądka przebiega pod postacią *„linitis plastica syphilitica"*, nosi ona wtedy dość charakterystyczne cechy kliniczne i anatomiczne, makro- i mikroskopowe. Chodzi tu o żołądek mały, odsunięty ku górze, mający kształt lejka lub szerokiej, sztywnej rury z zupełnie lub częściowo zniesioną perystaltyką, o ścianach, głównie w części przyodźwiernikowej, grubych, twardych, skurczonych. Papka kontrastowa przechodzi szybko wąskim pasem. Często przytem bywa niedomykalność odźwiernika lub jego zwężenie. Mikroskopowo stwierdza się zwykle w podśluzówce czasem i w mięśniówce zmiany w postaci silnego rozrostu tkanki łącznej, zbitej, skąpej w komórki.

Najłatwiejsze może do rozpoznania są przypadki kiły, kiedy w ścianie żołądka występują nacieki granulacyjne lub zmiany kilakowate. W tych wypadkach w okolicy żołądka lub pewnych jego odcinkach stwierdza się przy obmacywaniu napięcie powłok

brzusznych, bolesność, osłabienie lub zniesienie odruchu brzusznego, niekiedy wyczuwa się guzowatość. Objawy te są bardzo podobne do objawów, spotykanych przy raku, ale dane z wywiadu, często młody wiek pacjenta, wyniszczenie, które nie dochodzi do takiego stopnia, jak przy raku, dodatni odczyn Wassermanna, a przedewszystkiem dobre wyniki po leczeniu swoistem przemawiają za kiłą żołądka. Zmiany te występują w postaci guzów pojedyńczych lub licznych, rozsianych i odosobnionych od siebie, albo też są rozlane, rozmieszczone według L y o n a w pobliżu odźwiernika lub według B e n s a u d'a na małej krzywiźnie, rzadko w okolicy wpustu. W zmianach tych wchodzą w grę procesy bujania ziarninowego, martwicowe i fibroplastyczne, będące wyrazem zmian zapalnych w naczyniach krwionośnych, zmian naciekowych, składających się z dużej ilości limfocytów, komórek plazmatycznych, niekiedy komórek olbrzymich, fibroblastów, w następstwie czego dochodzi do zwyrodnienia kilakowatego, rozpadu, owrzodzeń, rozwoju procesów łącznotkankowych, dając różnorodny obraz anatomo-histologiczny, gdzie obok starych zmian powstają świeże. Dochodzi nieraz do zwężeń odźwiernika ze wszystkiemi jego następstwami, przewężeń, szczególnie środkowej części żołądka, który ma wtedy kształt zegara piaskowego. Przewężenia mogą występować w kilku miejscach, i zmiany takie są bardzo charakterystyczne dla kiły żołądka. Procesy patologiczne, rozgrywające się w podśluzówce, niekiedy przechodzą na mięśniówkę i surowicówkę, wywołując tu stany zapalne okołożołądkowe, w następstwie czego dochodzi do zrostów z otaczającemi tkankami i narządami, jak dwunastnicą, pęcherzykiem żółciowym, wątrobą, trzustką.

Zazwyczaj w kile żołądka występują zmiany o różnym charakterze: obok zwyrodnień kilakowatych, nacieków stwierdza się owrzodzenia, zwłóknienia, nieżyty żołądka z przewagą tych lub innych procesów patologicznych; rzadko występują czyste postacie, wyłączając wrzód żołądka, który najczęściej spotyka się odosobniony, chociaż prawie zawsze, jak wyżej wspomniano, towarzyszy mu nieżyt żołądka. Z wyżej opisanego wynika, że w kile żołądka występuje atypowy obraz chorobowy, i ta atypowość, z czem zgadzają się wszyscy autorzy, jest bardzo charakterystyczna dla tego schorzenia.

Z badań pomocniczych w kile żołądka wielkie usługi oddaje nam badanie rentgenowskie, w niektórych przypadkach gastroskopja. Z badania rentgenowskiego można wnioskować o motorycznej czynności żołądka, jego kształcie, umiejscowieniu zmian chorobowych, ich charakterze, jak np. nacieki guzowate, nisze, wklęśnięcia, zazębienia, wcięcia, zwężenia.

Zmiany chorobowe, wyżej opisane, mogą występować w kile żołądka tak na tle nabytem, jak i na tle kiły dziedzicznej z tą może różnicą, że w pierwszym wypadku częściej spotykamy zmiany kilakowate, w drugim zaś — nacieki z limfocytów i zmiany w naczyniach (H o r n o w s k i). Prócz tego za kiłą żołądka na tle dziedzicznem przemawiałyby dane z wywiadu, często bardzo młody wiek pacjenta, triada Hutchinsona, gdzie pierwsze miejsce zajmują zęby Hutchinsona; do tego niekiedy dołącza się niedorozwój fizyczny i zaburzenia czynności i korelacji gruczołów wkrewnych.

Leczenie kiły żołądka naogół daje dobre wyniki, tem lepsze w przypadkach świeżych; w obecności starych, łącznotkankowych zmian niewiele można zrobić, czasem nawet, głównie gdy chodzi o zwężenie odźwiernika, trzeba uciekać się do interwencji chirurgicznej. Leczenie powinno być wytrwałe i długie, tylko wtedy można osiągnąć żądane wyniki: zniekształcenia, guzowatości, nierówności ściany żołądka znikają zupełnie lub częściowo; często wraca prawidłowa czynność motoryczna, a nawet i wydzielnicza. Stosujemy zwykle powszechnie znane leczenie przeciwkiłowe, jak przetwory jodu, które w tym wypadku zwykle dobrze są znoszone przez chorego, bizmutu, rtęci, neosalwarsan.

Po tych ogólnych uwagach, dotyczących kliniki, anatomji i histologji patologicznej, wreszcie leczenia kiły żołądka, podaję przypadek kiły żołądka na tle kiły dziedzicznej.

Chory B. A., lat 20, z zawodu stolarz, przybył do szpitala dnia 2 czerwca 1933 r., skarżąc się na ogólne osłabienie, brak apetytu, odbijania spożytemi pokarmami, bóle w nadbrzuszu z promieniowaniem do lewego podżebrza i lewej łopatki. Bóle te nie były zależne od przyjmowanych pokarmów, występowały o każdej porze dnia i nocy, trwały 2—3 godziny. 3—4 razy w tygodniu występowały obfite wymioty. Choruje od 6 miesięcy. Objawy powyższe nasilały się stopniowo. Na wadze stracił w czasie choroby 10 kg. W 1922 r. przebył dur brzuszny, w 1925 roku zapalenie nerek. Od dzieciństwa zawsze był wątły. Ojciec zmarł w 40 roku życia, z jakiego powodu, chory nie wie; matka żyje, cierpi na chorobę żołądkową; rodzeństwo zdrowe.

Badanie przedmiotowe wykazało:

Budowa ciała prawidłowa, powłoki skóry i widzialne błony śluzowe blade. Stan odżywienia zły, chory waży 48 kg. Nos siodłowaty; przednie górne siekacze z wyraźnemi objawami zębów Hutchinsona. Mierne powiększenie gruczołów chłonnych na szyi.

Płuca, serce bez widocznych zmian chorobowych.

W okolicy nadbrzusza i lewego podżebrza wyraźne napięcie powłok brzusznych z dużą bolesnością przy obmacywaniu; odruch brzuszny w tej okolicy wyraźnie osłabiony.

Wątroba, śledziona niemacalne.

Układ nerwowy bez widocznych zmian chorobowych. T^0 — $37,1^0$.

Badania dodatkowe.

Badanie nosa wykazało *„rhinitis sicca"*.

Treść żołądkowa: Naczczo wydobyto 40 cm^3 treści; oddziaływanie kwaśne, krew utajona obecna — odczyn silnie dodatni, kwas solny — 9^0, ogólna kwasota — 35^0. Drobnowidowo: pojedyńcze w preparacie skupienia leukocytów w śluzie, śluz. Po próbnem śniadaniu: 80 cm^3 treści, stopień przeżucia 2-gi, krew utajona obecna, kwas solny — 7^0, ogólna kwasota — 27^0; mikroskopowo: liczne ziarna skrobi, drożdże, dość liczne kulki tłuszczu.

Wynik badania surowicy krwi na kiłę:

Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni (++++),

z wywoływaczem Bordet'a wybitnie dodatni (++++),

z wywoływaczem Mc. Intosh'a — wybitnie dodatni (++++),

z wywoływaczem Sachs'a — wybitnie dodatni (++++).

Odczyn Meinickego dodatni.

Wynik morfologicznego badania krwi: Hb. — 85%, liczba krwinek — 5.060.000, wskaźnik barwienia — 0.85, liczba białych ciałek — 6,360. Obraz krwi według Schillinga: młodych — 0,5, pałeczkowatych — 9,5, segmentowanych — 53,5, kwasochłonnych — 2, limfocytów — 28,5, monocytów — 6. Odczyn Biernackiego — 45'. Krew utajona w kale obecna.

Badanie rentgenowskie żołądka z dn. 6. VI. 1933 r.; w pierwszej chwili wypełnia się część wpustowa i górna część trzonu, które razem tworzą worek o gładkim obwodzie. Później papka spływa wzdłuż krzywizny małej wąskim, poszarpanym pasem. W środkowej części krzywizny małej płaskie uwypuklenie — nisza. Jej odpowiada na krzywiźnie wielkiej wklęśnięcie skurczone. Prócz tego dolna część trzonu jest nacieczona. Opuszka prawidłowa (kol. S. K e j l s o n).



Ryc. 1. Zdjęcie żołądka przed zastosowaniem leczenia swoistego.

Różniczkując wyżej opisany przypadek, trzeba byłoby wziąć pod uwagę raka, ropowicę i kiłę żołądka. Jednak wiek chorego, nos siodłowaty, zęby Hutchinsona, dodatni odczyn Wassermanna i Meinickego najbardziej przemawiały za kiłą żołądka, i w tym kierunku prowadzone było leczenie. Zastosowano choremu injekcje neosalwarsanu o łącznej ilości 3.0, luatol domięśniowo, jednak po pięciu injekcjach stosowanie luatolu przerwano, ponieważ wystąpiły objawy zapalenia jamy ustnej. Cały czas pobytu w szpitalu, t. j. do 14. VIII. 1933 r. podawano z przerwami jod, który chory znosił bardzo dobrze. Jednocześnie kontrolowano żołądek Roentgenem.

20. VI. 1933 obraz żołądka identyczny z obrazem z dnia 6. VI. 1933.

15. VII. 1933. Część wpustowa i środkowa część trzonu wklęśnięć nie wykazują, natomiast jama odźwiernikowa walcowato zwężona i wykazuje przytem fałdy prawidłowe (Kol. S. Kejlson).

2. VIII. 1933. Trzon prawidłowy; zwężenie dotyczy jedynie jamy odźwiernikowej, jest mniejsze niż poprzednio; obwód gładki.

12. VIII. 1933. Obraz identyczny z obrazem poprzedniego prześwietlenia.



Ryc. 2. Zdjęcie żołądka po kuracji przeciwkiłowej.

Badanie treści żołądkowej, przeprowadzane od czasu do czasu, stale wykazywało objawy niedokwaśności. Krwi utajonej w kale przed wyjściem ze szpitala nie stwierdzało się. Odczyn Wassermanna w końcu kuracji — dodatni (+++); odczyn Biernackiego — 150'. Subjektywnie podczas kuracji chory czuł się coraz lepiej; stopniowo ustępowały bóle, wymioty, których przed wyjściem ze szpitala wcale nie było; wracało łaknienie, chory czuł się coraz silniejszy, przybywał na wadze — w dniu wyjścia ze szpitala ważył 56 kg. Ciepłota, o ile w ciągu pierwszych tygodni dochodziła do 37,2°—37,3°, ostatnio nie przekraczała 36,8°. Dodatnie wyniki po leczeniu upewniły nas, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z kiłą żołądka na tle kiły dziedzicznej.

Piśmiennictwo:

Aoyama: Dtsch. Ztsch. f. Chir. Bd. 174, H. 1/4, 1922. — V. Bergmann: Handb. von Bergmann-Stachelin, Bd. III, T. I. 1926. — Brams: Archiv. f. Verd. Krankh. Bd. 27, 1921. — Fournier: Traité de la syphilis 1898—1907. — Galliard: Arch. génér. de méd. 1882. — Hatriegann: Polska Gaz. Lek. Nr. 43, 1927. — Hausmann: Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 98, 1924. — Loeper: Leçons de pathologie digestive, 1926. — Luxia: Syphilit. u. Syphilig. Magenerkrankungen 1929. — Neumann L.: Wien. Klin. Woch. Nr. 29, 1923. — Ramond F.: Les maladies de l'estomac et du duod. Paris 1927. — Straus: Archiv. f. Verd. Krankh. Bd. 38, 1926.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prof. Dr. Władysław SZUMOWSKI. Kraków.

Nauka historji medycyny w Stanach Zjednoczonych.

Jedną z cech dzisiejszej medycyny jest wzrastające coraz bardziej przekonanie, że medycyna koniecznie musi korzystać z doświadczenia, jakie jej daje historja. Sto lat temu modne były hasła pozytywizmu Comte'a, który twierdził, że ludzkość w swoim rozwoju przechodzi 3 fazy: fazę teologiczną, metafizyczną i pozytywną. Ostatnia faza, pozytywna, odwróciła się od teologji i metafizyki zupełnie i opiera się jedynie na faktach pozytywnych. Ludzkość sto lat temu była pod urokiem licznych odkryć ówczesnych, licznych faktów pozytywnych, które otwierały nowe horyzonty i które, zdawało się, wyjaśnią niebawem wszystko, wszystkie tajemnice, nawet zagadkę bytu i poznania.

Medycyna w tym czasie odwróciła się zupełnie od dawnej medycyny, nazywając ją pogardliwie metafizyką, mistyką, empirją. Nowa medycyna, pozytywna, opierała się na anatomji patologicznej, która w owym czasie istotnie świetnie się rozwinęła dzięki Bichat'owi, Laennec'owi, Rokitańskiemu, oraz na fizjologji eksperymentalnej, której mistrzami byli Magendie i Johannes Müller. Terapja od tej pory z wszelką empirją radykalnie zerwała i chciała się stać pozytywną, ściśle naukową, racjonalną.

Ten kierunek pozytywny, ściśle naukowy, przyrodniczy, trwał w medycynie do końca wieku XIX i ma jeszcze i dzisiaj, najwięcej w kołach lekarzy, którzy siedzą często w jednej specjalności, swoich zwolenników. Któż nie schyli czoła przed setkami uczonych lekarzy, którzy w tym okresie wzbogacili niezmiernie medycynę tysiącami badań, pomiarów, teoryj! Kto nie podziwia olbrzymich postępów chirurgji, która w tym czasie doszła do zdumiewającej sprawności i doskonałości! Ale rozważając rzecz spokojnie i na szerszem tle, musi się dojść do przekonania, że ten kierunek jest jednostronny.

Chory nie lubi być preparatem przyrodniczym, badanym ściśle naukowo, bez większej troski, żeby mu przynieść ulgę. Nie każdy chce czekać na obiecywaną ulgę, o której lekarz dopiero pomyśli, gdy wszystko będzie poznane. Choremu właściwie jest wszystko jedno, czy jest leczony ściśle naukowo, czy mniej ściśle naukowo, czy nawet całkiem nienaukowo, lecz chce jedynie być wyleczony. Inteligentniejszy chory wie obecnie doskonale, że to, co jest dzisiaj naukowe, jutro nie będzie naukowe, i odwrotnie. Tak pogardzana 100 lat temu empirja okazała się silniejsza, niż wszystkie teorje i systemy, zmieniające się tak często. Czosnek, wyrzucony 100 lat temu z arsenału terapji, wraca dzisiaj spowrotem, i to nawet triumfalnie; dlaczego jest skuteczny, narazie dobrze nie wiemy. Dużo było i jest teoryj, objaśniających skuteczność baniek, ale chorego te teorje nic nie obchodzą, natomiast obchodzi go jedynie fakt empiryczny, że postawienie baniek daje dobre wyniki lecznicze.

W drugiej ćwierci XIX wieku empirja wręcz sobie zadrwiła z tysięcy gromów, jakie rzucali na nią pozytywiści i lekarze z obozu medycyny „racjonalnej" lub „fizjologicznej". Oto w tym samym czasie, wśród największego entuzjazmu dla medycyny naukowej i zupełnej pogardy dla empirji, występuje na widownię empiryk Priessnitz, chłop nieuczony, który zaczyna leczyć wodą. Leczy poomacku, empirycznie, ale ma dobre wyniki, gdyż chorzy wracają do zdrowia. Sam zostaje miljonerem, a wodolecznictwo od tej pory wchodzi nietylko na stałe do arsenału terapji, ale nadto daje początek nowemu, prawie zaniedbanemu dotąd działowi medycyny praktycznej, mianowicie balneologji.

Dzisiaj przekonanie, że pozytywiści mocno przesadzili i że odrzucili razem z całą t. zw. przez nich medycyną „metafizyczną" mnóstwo starych środków empirycznych, prawdziwie skutecznych, to przekonanie dzisiaj jest tak rozpowszechnione, że w wielu kołach mówi się wręcz o „przesileniu" w dzisiejszej medycynie, a słynne dzieło Aschnera *„Die Krise der Medizin"* jest dziełem dzisiaj jednem z najbardziej poczytnych. W ten sposób nawrót do historji, do poznawania dawnych metod, do krytyki różnych kierunków stał się w dzisiejszej medycynie koniecznością.

Rozwój medycyny społecznej, coraz silniejszy w wielu krajach, wysuwa na czoło medycyny cały szereg nowych zagadnień społecznych, wychowawczych, filozoficznych. Ale te zagadnienia najlepiej zrozumie nie ten, kto je bierze apodyktycznie i dogmatycznie, lecz ten, kto je ujmuje krytycznie i historycznie. A więc historja i filozofja medycyny stają się znowu koniecznością.

Wszyscy schylamy czoło przed olbrzymiemi, oszałamiającemi postępami dzisiejszej techniki, jakie nawet samego Comte'a wprawiłyby w zdumienie, a jednak musimy pokornie stwierdzić, że zagadka poznania w swojem rozwiązaniu niewiele albo wcale od tego czasu nie posunęła się naprzód. Czyż może być coś bardziej sprzecznego z ekskluzywnym światopoglądem technicznym, pozytywnym, eksperymentalnym, jak stygmaty Teresy Neumann z Konnersreuth, albo rola jasnowidza księdza Mermet w śledztwie w sprawie zabójstwa Prince'a w aferze Stawiskiego, albo wyznanie najwybitniejszego dzisiaj fizyka i astronoma Eddingtona, który dzieło swoje „Natura świata fizycznego" kończy rezygnacją, przyjmując możliwość nawet — poznania mistycznego.

Nie potrzebujemy zanadto wierzyć ani w telewizję, ani w poznanie mistyczne, ani, broń Boże, entuzjazmować się dla empirji, ale musimy przyznać, że źle jest zasklepiać się w jakimkolwiek dogmatyźmie i petryfikować zawczasu mózgi młodzieży przekonaniem, że wszystko jest jasne i proste. Przeciwnie, należy potrząsać mózgami i otrząsać je z wszelkiego dogmatyzmu, do czego najlepiej się nadaje historja i filozofja nauki.

Te i tym podobne myśli miała przed kilkoma laty największa, jaka kiedykolwiek istniała, organizacja naukowo-finansowa, sławna amerykańska fundacja Rockefellera, która na cele nauki wydaje olbrzymie sumy. Ta organizacja, która w założeniach ideowych swego statutu ma „dobro i szczęście ludzkości", zajmuje się dzisiaj popieraniem nauk przyrodniczych, medycznych, społecznych, humanistycznych. Przed kilkoma laty przyszła kolej na historję medycyny.

Z właściwym sobie rozmachem fundacja przeznaczyła miljonowe fundusze na wybudowanie Zakładu historji medycyny w uniwersytecie Hopkinsa w Baltimore w Stanach Zjednoczonych, znakomicie go uposażyła i powołała na profesora i kierownika Zakładu Henryka Sigerista, dotąd profesora historji medycyny w Lipsku, rodem Szwajcara, człowieka o wysokiej międzynarodowej kulturze. Mamy przed sobą 10 zeszytów biuletynu Zakładu: *„Bulletin of the Institute of the History of Medicine"*, Baltimore 1933, z którego podajemy najważniejsze szczegóły.

Co oni tam robią, co wykładają, co piszą?

Systematyczny kurs nauk zaczął się 2 lata temu. Zaczęto przedewszystkiem w r. 1932/3 różne kursy dla początkujących, do których należą nietylko studenci pierwszego roku medycyny, ale także starsi uczniowie z College, szkoły o charakterze pośrednim między szkołą średnią a wyższą [1]). Dla nich wykładano: „Wstęp do zawodu lekarskiego ze stanowiska historji i etyki", „O wziętości, zreczności, mierności i przechodzeniu w zapomnienie w zawodzie lekarskim", „Partactwo jako nawrót do medycyny pierwotnej", *„Medicus medicum odit"*, „O literaturze medycznej francuskiej, niemieckiej, angielskiej, łacińsko-amerykańskiej", „Jak korzystać z bibljoteki i literatury medycznej", „O technice przygotowywania rękopisu do druku i o robieniu korekty", „Problemy i metody historji medycyny", „Cywilizacja a choroba", „Historja nauki", „Historja anatomji i fizjologji", wreszcie, pełny kurs „Historji medycyny", obejmujący całość w ciągu 2 lat. Niektóre z tych wykładów połączone były z ćwiczeniami. Osobno prowadzono seminarjum na temat dawnej scholastycznej medycyny z lekturą Galena po grecku.

W roku szkolnym 1933/4 niektóre z wymienionych kursów i ćwiczeń prowadzono dalej, a nadto przybyły nowe: „Wstęp historyczny do patologji", „Społeczne strony medycyny", „Geomedycyny rzut oka na medycynę łacińsko-amerykańską", „Historja terapji", „Badania w zakresie historji medycyny".

Powyższe wykłady i ćwiczenia obejmują według planu razem około 300 godzin rocznie, a prowadzą je 4 osoby: profesor Sigerist, lektor *(lecturer)* Garrison, który sam już jest autorem angielskiego podręcznika historji medycyny, oraz dwóch asystentów, Oliver i Temkin, z których każdy ma już za sobą pokaźny dorobek naukowy.

Pierwszy rocznik Biuletynu, wydawanego przez Zakład, obejmuje na 480 stronach około 20 prac, nie licząc sprawozdań Zakładu. Oto pokrótce treść tych prac:

Garrison w pracy „Geomedycyna jako nauka w zawiązku", rozwijając prastarą myśl Hippokratesa, że „klimaty, wody i miejsca" wywierają duży wpływ na rozwój i rozmaitość chorób, wykazuje na licznych przykładach z doby obecnej znaczenie geomedycyny, czyli medycyny geograficznej. W tym samym duchu pisze Sigerist w pracy „Problemy patologji historyczno-geograficznej". Autor omawia historję chorób i wykazuje doniosłe ich znaczenie i wpływ, po pierwsze, na dzieje medycyny, po drugie, na dzieje cywilizacji, po trzecie, na rozwój dzisiejszej medycyny. Historja chorób łączy się ściśle z ich geografją. Sigerist nawołuje do stworzenia międzynarodowego organu, poświęconego patologji historyczno-geograficznej i przewiduje potrzebę wydania odpowiedniego atlasu.

Ruhräh omawia wychowanie dzieci u meksykańskich Azteków na podstawie licznych zachowanych rysunków, które były tak dokładne, że zastępowały dzieła; Oliver pisze o fantazjach prometejskich Skriabina, autora rosyjskiego; Temkin przedstawia poglądy na padaczkę w epoce Hippokratesa; Wilmer omawia ślepotę Miltona; Sigerist podaje przyczynki do historji znieczulania; Garrison pisze obszernie o medycynie perskiej z uwzględnieniem geomedycyny; Knox opowiada „historję medyczną" Waszyngtona, mówi o jego lekarzach i doradcach; Ranke i Krause piszą o medycynie egipskiej; Goldberg i Saye zebrali obfity, ułożony w formie słowniczka materjał leksykograficzny z francuskiej medycyny średniowiecznej; Sigerist pisze o filozofji higjeny.

Na szczególną uwagę zasługuje osobny zeszyt, przedstawiający, jak się odbywają w Baltimore demonstracje i ćwiczenia z historji anatomji dla studentów I roku medycyny. Mamy 10 tablic, przedstawiających zdjęcia fotograficzne tego, co było demonstrowane. Co za bogactwo materjału! Przesuwają się przed naszemi oczami duże szafy oszklone i gablotki, wygodnie poustawiane i łatwo dostępne, a w nich Leonardo da Vinci, Wesaljusz, Harvey, krążenie krwi, embrjologja, szkoła holenderska i t. d. Setki rysunków, obrazów, dzieł, reprodukcyj! Gdy na to wszystko patrzę, zazdrość mnie ogarnia, a potem wstyd... W Krakowie możnaby nietylko to samo pokazać, ale nawet dużo więcej, gdyż zarówno krakowski Zakład historji medycyny, jak i Bibljoteka Jagiellońska mają więcej materjału, niż Zakład historji medycyny w Baltimore. I nikomu z pewnością niebrak chęci... Tylko okoliczności, brak miejsca, brak pieniędzy, słowem, nasz twardy los — stoi nam na przeszkodzie.

Ja demonstracje zacząłem robić w Krakowie wkrótce po objęciu katedry, więc już kilkanaście lat temu. Gdybym chciał opisać wszystko, jak to się odbywało, miałby czytelnik kolejno przed oczami obrazy: profesora, wydobywającego z Bibljoteki Jagiellońskiej rzadkie druki i ryciny do demonstracji; woźnego, podążającego na wykład ze stosem foljantów, gdyż historja medycyny własnej sali wykładowej nie posiadała i nie posiada; młodzieży, stłoczonej nad dziełami, rycinami i profesorem, truchlejącym ze strachu, żeby się co nie uszkodziło albo nie zginęło; prób robienia projekcyj na ekran gdzieś w cudzym zakładzie i cudzym aparatem, gdyż własnego niema: — wszystko to połączone z szeregiem zastrzeżeń i ograniczeń, więc ostatecznie dobre raz lub dwa razy, ale niemożliwe, jako system wykładania i nauczania. Od r. 1930 historja medycyny ma w Krakowie własny zakład przy alei Krasińskiego 12 z salką wykładową na 25 osób. Ale na wykłady jest zapisanych 150. Więc dalsze obrazy: tłum młodzieży (naszej polskiej, rozhukanej), która przeważnie nie może nawet zobaczyć tego, co się demonstruje; szyba w gablotce, w której są rzadkie medale, wybita łokciem medyka; irytacja i kazanie profesora; odwrót młodzieży — roześmianej i zniechęconej. Dalsze próby: na wykładzie (w *Collegium Novum* albo w Zakładzie Chemji, Kopernika 7) — 100 osób; profesor zapowiada demonstrację grupami w Zakładzie historji medycyny — na krańcu miasta przy alei Krasińskiego 12; ale na demonstracje przychodzi 1 osoba albo — nikt. Słowem, najlepsze nasze intencje równają się nieraz tłuczeniu głową o ścianę i kończą się często wyrywaniem sobie włosów z rozpaczy.

Ale odbiegłem od tematu, tak to wszystko boli i do żywego przejmuje... Ciekawe są wywody Sigerista na temat filozofji higjeny. Autor ten w krótkim wykładzie podaje, jak się w różnych czasach i różnych krajach przedstawiała higjena prywatna i publiczna i jak się zmieniała pod wpływem zmieniających sie prądów filozoficznych i społecznych.

Wreszcie Garrison osobny zeszyt poświęca bibljografji historji medycyny na użytek młodzieży, studjującej ten przedmiot. Przeglądam uważnie 100 stron dwuszpaltowego petitu. Znając wszechstronność Sigerista i jego życzliwość dla Polski, w pierwszej chwili mam to przekonanie, że w tej bibljografji znajdę także prace polskie. Niestety, spotkał mnie zupełny zawód: znalazłem jakąś pracę rosyjską, ale polskiej żadnej. A jednak polska historjografja medyczna nie jest wcale tak uboga, a wśród narodów słowiańskich zajmuje napewno pierwsze miejsce. Nadto w Stanach Zjednoczonych mieszka 4 miljony Polaków, a w tej liczbie jest dużo lekarzy i młodzieży studjującej medycynę. Słowem, z tej strony należałoby tę pożyteczną bibljografję uzupełnić!

Z powyższego krótkiego zestawienia działalności Zakładu historji medycyny w Baltimore czytelnik może już nabrać przekonania o rozmachu poczynań założonej niedawno instytucji. Jest ona pożyteczna i niezbędna dla medycyny wszechświatowej, w szczególności amerykańskiej. Będzie ją pogłębiać, rozszerzać i uzupełniać. Będzie kształcić uczniów, z których niejeden zajmie katedrę historji medycyny w innem mieście amerykańskiem, a może i w Europie. Podobno nawet w ten sposób została już obsadzona katedra w Filadelfji. Będzie z Ameryki promieniować na Europę, wykazując znaczenie kultury anglo-amerykańskiej i umiejętność brania się do rzeczy.

Zasługa tutaj spada przedewszystkiem na fundację Rockefellera, która, idąc z duchem czasu, zrozumiała szybko, jak wielkie znaczenie ma dzisiaj historja medycyny, oraz stworzyła i uposażyła nową instytucję z hojnością amerykańską. Niemniejsze zasługi ma i będzie miał prof. Sigerist, jako prawdziwie utalentowany kierownik i znakomity organizator i pedagog.

W chwili obecnej Zakład historji medycyny w Baltimore jest największą placówką, poświęconą temu przedmiotowi w Stanach Zjednoczonych. Ale nasiona się sieje wszędzie. Przed rokiem Sigerist objeżdżał większe miasta Stanów Zjednoczonych i wygłaszał odczyty. W bieżącym roku szkolnym na jesieni przybył do Ameryki Północnej profesor historji medycyny w Padwie

---

[1]) Bliższe szczegóły organizacji podaje Sigerist w zajmującem dziele: Amerika und die Medizin, 1933.

dr. Castiglioni, który również w wielu miastach miał wykłady. Castiglioni jest znakomitym mówcą. Toteż sprawozdania z podróży Castiglioniego podają, że na jego wykłady przeznaczano zawsze największe sale, jakie miało dane miasto, tak wielka była wszędzie frekwencja.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Kolejowy. Nr. 1. 1934. E. Boczkowski: Znaczenie chorób społecznych jako czynnika powodującego przedwczesne inwalidztwo pracy, a leczenie zapobiegawczo-restytucyjne i akcja zapobiegawcza instytucyj ubezpieczeniowych chorobowych i inwalidzkich. — Wojciechowski: Pierwsze laboratorjum psychotechniczne Kolei Północnej w Paryżu. — A. Liebesmann: Zagadnienie wykonywania odczynu Bordet-Wassermanna i pokrewnych u pracowników kolejowych. — Cz. Czechowicz: Uwagi o organizacji rejonów lekarskich.

Polski Przegląd Chirurgiczny. Nr. 1. 1934. W. Dobrzaniecki i J. Sowiakowski: Gangljektomje i ramisekcje. — T. Butkiewicz: Żółciowe zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia dróg żółciowych. — W. Dobrzaniecki i K. Serafin: Z badań anatomicznych nad t. zw. nerwem przedkrzyżowym względnie splotem podbrzusznym górnym z punktu widzenia chirurgicznego. — A. Janik: O możliwości uzyskania korzystnych wyników leczniczych w sztywniejącem schorzeniu kręgosłupa. — R. Lachs i E. Porwit: Przyczynek do kazuistyki napadowego moczenia hemoglobinowego. — J. Borkowski: Współczesne poglądy na patogenezę i leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Ginekologia Polska. Nr. 1—3. 1934. A. Czyżewicz: Wstęp do nauki o leczeniu spraw zapalnych narządu rodnego kobiety. — J. Lachs: Przerywanie i zapobieganie ciąży w starożytności. — H. Beck: Powikłania położnicze w przypadkach podwójnej wady rozwojowej macicy. — J. Bylina: Doodbytnicza narkoza narkotylem na materjale Uniwersyteckiej Kliniki ginekologiczno-położniczej w Poznaniu. — S. Gądek i K. Neugebauer: Przypadek rakowego torbielaka jajnika leczony radem. Poprawa. — C. Uhma: Wielotorbielowaty guz sieci. — R. Łuczyński: Nowotwór macicy histologicznego typu nadnerczaka. — T. Keller: Grasica a narząd rodny żeński. — K. Wiślański: Szyszynka jako gruczoł o wewnętrznem wydzielaniu i próby zastosowania leczniczych jej własności w położnictwie i w chorobach kobiecych.

Zagadnienia Rasy. Nr. 1. 1934. S. Chmielowski: Zagadnienia naukowe Polskiego T-wa Eugenicznego. — J. Nowakowski: Współczesne poradnictwo przedślubne i małżeńskie w Polsce i zagranicą. — M. Lucius: Reforma prawa małżeńskiego. — S. Żurakowski: Stan obecny zagadnienia reaktywacji t. zw. odmładzania organizmu. — M. Naramowski: Dane statystyczne dotyczące płodności małżeństw wojskowych. — W. Mórawski: Zagadnienie interseksualizmu.

Therapia Nova. Nr. 3. 1934. J. Nowakowski: Odczyny: wiązania dopełniacza, Biernackiego i morfologja krwi w rzeżączce powikłanej i ich znaczenie dla kliniki. — H. Zalcman: O zawale mięśnia sercowego (dokończenie).

Zdrowie Publiczne. Nr. 4. 1934. J. Gabański, W. Pęska-Kieniewiczowa i W. Kulmatycki: Materjały do poznania zanieczyszczenia jeziora Jelonek pod Gnieznem. — M. Kozłowski: Zasady budowy szpitali na tle III Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa. — Fr. Ksawery Cieszyński: Opieka nad zdrowiem wsi a spółdzielczość. — St. Stypułkowski: Dalszy ciąg dyskusji w sprawie akcji przeciwgruźliczej na terenie szkół akademickich.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 8. 1934. Zawiera sprawozdanie roczne Zarządu Głównego Zw. Lek. P. P. za rok 1933.

Lekarz Wojskowy. Nr. 8. 1934. T. Sokołowski: Organizacja przetaczania krwi. — Fr. Waga: Stan zdrowotny poborowych. — A. Tuchendler: Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych. — W. Chodźko: Lecznictwo w polskich długoterminowych Ubezpieczalniach społecznych (ciąg dalszy).

Trzeźwość. Nr. 10—12. 1934. P. Gantkowski: O stosunku lekarzy do walki z alkoholizmem. — W. Borkowski: Trzy klęski społeczne. — A. Iżycki: Jak traktują pijaków. — K. Hrabin: Narkomanje w szkole. I) Alkoholizm. II) Eteryzm. Z 16 tablicami wykresów. — M. Sokałówna: Walka z nadużyciem narkotyków we Francji, Włoszech i Szwajcarji. — Cz. Kaczmarczyk: Miłe złego początki (rysunek). — J. Szymański: Alkoholizm i przestępczość. — Z. Koskowa: Popielisko (powieść).

OCENY.

Żywe maszynerje. A. V. HILL. Nakładem „Mathesis Polskiej". Warszawa 1934. Str. 220. Fig. 105. Cena 11 zł 60 gr. w pł. opr.

W dziedzinie badań nad przemianami zachodzącemi w mięśniu pracującym posiada A. V. Hill miejsce przodujące; wyrazem zewnętrznym tego jest fakt odznaczenia go nagrodą Nobla za te właśnie badania. Jednak inne jeszcze istnieją przyczyny, które czynią postać tego badacza szczególnie bliską szerszemu gronu czytelników. Hill, który, jak każdy badacz tej dziedziny, posługuje się badaniem mięśni zwierząt, zwłaszcza zmiennokrwistych, korzysta z każdej sposobności, by zdobyte tam wiadomości zastosować do człowieka. Jego zasługą jest analiza zjawisk w wysiłkach sportowych, opierająca się na faktach zdobytych w badaniach nad izolowanym mięśniem żaby; przedmiotem jego rozważań były zarówno analiza rekordów, jak zagadnienie *„second wind"*, jak wreszcie rozróżnienie zdatności do wysiłków długowzględnie krótkotrwałych. Ponieważ dzisiaj sport ogarnia szerokie warstwy społeczeństwa, zrozumiałem jest, że badacz tych spraw, obdarzony zwłaszcza wielką wymową i dowcipem, znajdzie słuchaczy i czytelników także poza gronem uczonych. „Żywe maszynerje" nie ograniczają się do popularnego przedstawienia zagadnień związanych z pracą mięśniową; autor omawia również działalność nerwów, serca i płuc; szereg najważniejszych i najciekawszych problemów fizjologji człowieka jest przedmiotem wykładów Hilla. Przyswojenie tej książki publiczności polskiej jest prawdziwą zasługą wydawnictwa. Ale istnieje jedno zastrzeżenie, spowodowane tem, że w czasie od wydania tych wykładów po angielsku do ich przetłumaczenia na język polski zaszły w dziedzinie badań nad mięśniem pewne zasadnicze „rewolucyjne" przemiany. Z tych przemian zdaje autor sprawę w dodatku. Uważam za błąd umieszczanie w książce popularnej dodatków i przypisów; w dziełach naukowych trudno jest bez tych „przypisów" się obejść, ale książka popularna powinna stanowić jednolitą zupełnie całość, w której autor prowadzi czytelnika za rękę od pierwszej aż do ostatniej strony i nie zmusza go do przerywania wykładu dla zapoznania się z treścią dodatku. Idealnem rozwiązaniem tej sprawy byłoby takie przerobienie książki, by wszystkie dodatki były włączone w treść wykładów; oczywiście przeróbki takiej musiałby dokonać autor. Może uda się wydawnictwu nakłonić autora do takiej przeróbki po wyczerpaniu pierwszego nakładu tej pięknej i bardzo interesującej książki.

W. Mozołowski (Lwów).

Ustawodawcza walka z gruźlicą. Dr. STEFAN RUDZKI. Nakł. „Lekarza Polskiego" 1933. Warszawa. Str. 169. Tom I.

Autor wyznaczył sobie jako cel zebranie materjałów dotyczących walki z gruźlicą, przedewszystkiem walki drogą ustawodawstwa sanitarnego w różnych krajach. Całość objąć ma 4 tomy, obecnie pojawił się tom pierwszy (Włochy, Francja, Hiszpanja, Belgja i Holandja).

Autor zaczyna swe opracowania materjału od Włoch. Wybitne tradycje historyczne dawnych ustaw przeciwgruźliczych, a także olbrzymi nakład inwencji i pracy w ostatnim, faszystowskim okresie w organizacji walki z gruźlicą usprawiedliwiają aż nadto to postawienie Włoch na pierwszem miejscu. Nowa próba obowiązkowego ubezpieczenia wszystkich przeciw gruźlicy, stworzenie wspaniałego instytutu „B. Mussolini" dla skoncentrowania w nim wszelkich naukowych zagadnień przeciwgruźliczych świadczy o tem, jak poważnie traktuje sprawę gruźlicy państwo włoskie.

Znacznie większą ostrożność widzimy w ustawodawczem podchodzeniu do walki z gruźlicą we Francji. Zasada, głoszona przez Vaudremera, by jakiekolwiek rygory ustawodawcze uprzednio były w opinji społeczeństwa uzasadnione i aprobowane, chroni przed wprowadzaniem ustaw nieżyciowych lub przed koniecznością wycofywania już obowiązujących, jak o tem świadczy historja. Mimo jednak wielkich ostrożności w tej mierze ustawodawstwo przeciwgruźlicze we Francji jest już silnie ugruntowane; ustawy o poradniach, sanatorjach, inne częściowe ustawy np. wojskowe, ochrona przed zakażeniem się od zwierząt świadczą o trwałych wysiłkach społeczeństwa francuskiego. Poszczególne zagadnienia jak np. obowiązek zgłaszania chorych gruźliczych, rola ubezpie-

czeń społecznych w walce z gruźlicą są przyczyną wielkich, poważnych dyskusyj, widzimy liczne i różnorodne pomysły dalszej organizacji walki z gruźlicą. Istniejące ustawy nakładają obowiązek na państwo łożenia wielkich sum na walkę z gruźlicą.

W Hiszpanji, ostatnio budząca się żywsza akcja w organizacji walki przeciw gruźlicy, opiera się głównie na wzorach francuskich.

W Belgji i Holandji niema ustawodawstwa przeciwgruźliczego. Państwo nie bierze bezpośredniego udziału w walce z gruźlicą, pozostawiając troskę o to organizacjom społecznym i zastrzegając sobie tylko ścisłą kontrolę zużycia subwencyj, przez państwo udzielanych. Bardzo konserwatywna co do zarządzeń przeciwgruźliczych Belgja wydaje równocześnie dla swej kolonji w Kongo niezmiernie ostrą ustawę przeciwgruźliczą, żywo przypominającą dawne przepisy do walki z trądem. Sądzę, że nietylko spowodu opieszałości nie wprowadzono w Europie tego, co uznano za możliwe w Afryce.

Nierównomierność źródeł, które służyły za podstawę do opracowania, jest może przyczyną, że obraz przedstawiony jest trochę niejednolity. Czytamy np. o szczepieniach Calmette'a w Kochinchinie, w Belgji i Kongo, ani słowa zaś niema o nich w rozdziale o metropolji francuskiej.

Książka bardzo cenna i naczasie w Polsce, oby dalsze części pojawiły się jaknajrychlej.

Wydanie książki, zapewne w celu uprzystępnienia jej ceny, dość prymitywne; niejednolite czcionki, papier, nierówne broszurowanie trochę rażą. Błędy dostrzeżone należałoby między innemi uzupełnić korektą nazwiska min. Q u e u i l l e stale podawanego jako Q u e n i l l e.

St. Legeżyński (Lwów).

Les poisons des Amanites mortelles. (Trucizny muchomorów). R. DUJARIC de la RIVIERE. Masson 1933. Stron 180, cena 60 franków.

Monografja ta omawia zatrucia najbardziej trującym grzybem, *Amanita phalloides* (bełdka sromotnikowa, bełdka muchomór, psdsadka). Na początku podaje autor zarys historyczny zatruć grzybami. Poszczególne rozdziały zajmują się opisem wyglądu i występowania różnych odmian tego grzyba, następnie własnościami chemicznemi substancji toksycznej i sposobami jej wyosabniania. Obszernie podane są doświadczenia — przeważnie własne — nad działaniem toksycznem oczyszczonego jadu u różnych gatunków zwierząt (małpy, barany, kozy, króliki, świnki, myszki, żaby) oraz doświadczenia z otrzymywaniem surowic antytoksycznych u koni. Zdolność zobojętniania tego jadu posiada też surowy żołądek i mózg królika *in vitro*. W następnych rozdziałach omawia autor objawy kliniczne charakterystyczne dla zatrucia tym grzybem (późne wystąpienie objawów żołądkowo-jelitowych, objawy nerwowe, osłabienie krążenia, żółtaczka), przebieg zatruć, postacie kliniczne, zmiany sekcyjne makro- i mikroskopowe. Osobny rozdział traktuje o rozpoznaniu zatrucia przez badanie makroskopowe resztek potraw lub wymiocin, badanie mikroskopowe na zarodniki, a osobny rozdział jest poświęcony znaczeniu zatruć ze stanowiska sądowo-lekarskiego. W leczeniu obok postępowania objawowego należałoby stosować o ile możności leczenie swoiste. Autor podaje korzystne wyniki lecznicze otrzymane przez wstrzykiwanie surowicy odpornościowej (40 cm^3 podskórnie lub domięśniowo) oraz przez podawanie surowego żołądka i mózgu królików (7—9 sztuk). Ostatni rozdział zajmuje się zapobieganiem zatruciom grzybami (nauczanie w szkołach znajomości grzybów, propaganda wśród publiczności, kontrola na targach, prawodawstwo). Obszerny spis piśmiennictwa zamyka tę cenną monografję, która może zainteresować równie dobrze lekarza praktyka, jak i lekarza higjenistę. *Skowroński* (Lwów).

Les Médicaments antisyphilitiques. (Leki przeciwkiłowe). F. HENRIJEAN i R. WAUCOMONT. Masson 1933. Stron 186, cena 20 franków.

Książeczka ta podobnie jak poniższa o naparstnicy jest wydawnictwem *„Bibliotheque Scientifique Belge"* i przeznaczona jest dla lekarzy praktycznych. W czasie przygotowywania tej monografji umarł prof. Henrijean. Jego uczeń Waucomont napisał artykuł o arsenie i bizmucie i dołączył artykuł o rtęci, częściowo przygotowany przez prof. H. Najobszerniej przedstawiony jest arsen, jego różne preparaty, ich wchłanianie i wydalanie, ich działanie i toksyczność, metody leczenia i przypadłości w czasie leczenia. Bizmut został omówiony na 33 stronicach, mimo to najważniejsze własności tego metalu zostały podane wyczerpująco. Najmniej miejsca poświęcono rtęci, może być dlatego, że prof. H. nie zdołał dokończyć tego artykułu. Książeczka ta może zainteresować nietylko syfilidologa, ale i inni lekarze praktyczni mogą ją z korzyścią przeczytać. *Skowroński* (Lwów).

La Digitale. (Naparstnica). F. HENRIJEAN i R. WAUCOMONT. Masson 1930. Stron 192, cena 15 fr.

Książeczka ta przeznaczona dla lekarzy praktyków zawiera najważniejsze dane o naparstnicy. Po omówieniu fizjologji serca, a w szczególności układu bodźczego omawiają autorowie chemję ciał czynnych naparstnicy, zmiany, jakim one podlegają w organiźmie, metody miareczkowania u zwierząt zmienno- i ciepłokrwistych, sposób działania na serce i na naczynia, oraz jej toksykologję. W dalszej części przedstawione jest znaczenie lecznicze tego środka, metody leczenia, stosowania różnemi drogami oraz preparaty. Monografja ta oparta jest w dużej mierze na własnych doświadczeniach, uwzględnia najnowsze metody badania serca (elektrokardjogramy), podaje w krótkiej formie obecny stan naszych wiadomości o naparstnicy, dlatego też może ona zainteresować każdego lekarza praktyka. *Skowroński* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Krwiotwórcza rola miedzi. J. BENCE. (Budapest). Ztschr. f. klin. Med. B. 126. S. 143. — 151.

W życiu embrjonalnem wątroba zawiera największe ilości miedzi. W życiu pozapłodowem wątroba traci zwolna miedź, w niedokrwistości złośliwej wątrobowa ilość miedzi w przeciwieństwie do żelaza jest mała, wątroba świń w pewien czas po wycięciu żołądka zawiera mało miedzi, wyciągi wątrobowe działają tem lepiej, im więcej zawierają miedzi — ostateczny wniosek: miedź gra ważną rolę w powstawaniu i leczeniu niedokrwistości. Czynne ciało antyanemiczne jest przypuszczalnie związane chemicznie z miedzią, jak jod z dijodtyrozyną, lub też miedź odgrywa tu rolę katalizatora.

H. Długosz (Lwów).

Badania wpływu wątroby na niedokrwistość złośliwą. F. REIMANN, F. SINEK i F. FRITSCH. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1—2, S. 40—61.

Istnieje duża różnica między doustnem a pozajelitowem podawaniem wątroby względnie wyciągów wątrobowych. Chcąc osiągnąć w niedokrwistości złośliwej ten sam wynik leczniczy, musi się podać doustnie 30—50 razy więcej wątroby niż pozajelitowo. Przyczyna tego zjawiska leży przedewszystkiem w patologicznym stanie przewodu pokarmowego, z którego czynna substancja nie może się zresorbować (achylja, biegunka). Dlatego opjum poprawia działanie podanej wątroby. Własne badania autorów wykazały, że tylko górne odcinki przewodu pokarmowego wchłaniają czynną substancję. Jeżeli podaje się wątrobę z ominięciem żołądka, to działanie jest tem gorsze, im do niższych odcinków przewodu pokarmowego wprowadzi się wątrobę. Doodbytnicze podawanie nawet dużych dawek wątroby nie ma zupełnie wpływu na obraz krwi. Autorowie wykluczają niszczenie substancji czynnej wątroby przez fermenty żołądkowo-jelitowe, przez analogję do glikogenu wątrobowego przypuszczają wyłapywanie substancji czynnej przez wątrobę przy wchłanianiu z przewodu pokarmowego. Przyczyną różnicy dawki doustnej a pozajelitowej są także właściwości czynnej, antyanemicznej substancji wątrobowej. Prócz dwóch wyżej wymienionych przyczyn istnieje wiele innych.

H. Długosz (Lwów).

Czułe na żelazo chroniczne chloranemje (asideroses) i leczniczy wpływ żelaza na te niedokrwistości. F. REIMANN. (Praga). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1—2. S. 7—40.

Chroniczne niedokrwistości pokrwotoczne, chloranemje z bezsocznością i niejasnego tła, pewne anemje po *enteritis* i czerwonce, wskutek nieodpowiedniego żywienia i schorzeń gorączkowych, po wycięciu żołądka stanowią odrębną grupę, którą można określić ogólnie jako zaburzenie w wytwarzaniu hemoglobiny z ilością ciałek czerwonych zbliżoną do normy. Wskaźnik hemoglobiny w ciałku czerw. nie może spaść poniżej minimum, wahającego około 0,5. Leczenie polega na podawaniu żelaza. Całą zatem grupę powyżej wyszczególnionych niedokrwistości radzi autor nazywać „czułe na żelazo chroniczne chloranemje" a przez podobieństwo do awitaminozy asiderozą. *H. Długosz* (Lwów).

Retikulocyty w stanach zakaźnych. J. KIRALY. Pres. Méd. Nr. 104. 1933.

Autor wykonał około 200 badań krwi w różnych przypadkach niedokrwistości wtórnej i przekonał się, że odsetka retikulocytów jest kilka razy wyższa w anemjach septycznych jak w takiego

samego stopnia anemjach po skrwawieniach. W posocznicy przeważają retikulocyty o silnej granulacji, które znikają z obiegu krwi 24—48 godzin przed śmiercią, co może być uważane za oznakę wyczerpania się układu krwiotwórczego. Jeśli klinicznie mówi się o przesunięciu ciałek czerwonych na lewo, to powinno się mieć na uwadze tylko takie retikulocyty, ponieważ postacie retikulocytów o delikatnej granulacji nie charakteryzują należycie stanu klinicznego. *Skowroński* (Lwów).

Badania nad patogenezą małopłytkowości samorodnej (rola śledziony w świetle własnych badań). BLACHER. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. z. 1.

Autor rozpoczyna szkic historyczny i rozwój poglądów nad plamicą Werlhofa. Następnie podaje historje chorób 4-ch własnych obserwacyj, z bardzo dokładnemi obrazami krwi i płytkogramami. Z analizy płytkogramów dochodzi autor do wniosku, że nasilanie się objawów chorobowych nie stoi w związku z ilością bezwzględną płytek ale z przesunięciem płytkogramu w stronę apeknotyczną, tak panchromatyczną jak i akrochromatyczną. We wszystkich 4-ch przypadkach niewątpliwy związek chorobowy z gruczołami płciowemi. Po rozpatrzeniu rozległej literatury stwierdza autor, że patogenezy plamicy nie można odnieść jedynie do śledziony. Jest to schorzeie objawowe o rozległem podłożu, a przedewszystkiem odnosi je autor do schorzeń wątroby i dlatego proponuje zmianę nazwy plamicy Werlhofa na *„Dysfunctio haemorrhagica hepatolienalis septico* — względnie *toxico genetica"*. *Rawicz* (Lwów).

Wartość hematologiczna i kliniczna płytek krwi. BLACHER. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. z. 1.

Na podstawie badań u 67 chorych stwierdza autor równoległość obrazu płytkogramu i Schillinga, przyczem szczególnie charakterystycznie występuje to w chorobach krwi, które autor rozpoznawał tylko na podstawie badania płytek.

Mylne rozpoznania tyczyły przypadków z powiększoną śledzioną i zaburzeniami dokrewnemi. *Rawicz* (Lwów).

Nowa klasyfikacja nadciśnień tętniczych. B. M. CZUISTOW. (Odesa). Klin. Med. T. XII. N. 1/1934.

W patogenezie nadciśnienia tętniczego czynnikami podstawowemi są: zwiększenie ilości krwi *(plethora)*, pojemność układu naczyniowego, wydolność akcji serca. Autor proponuje odróżnianie 2 postaci pojemności układu naczyniowego: pojemność dynamiczną, ulegającą zmianom pod wpływem nerwów naczynioruchowych i pojemność krańcową — największą pojemność łożyska naczyniowego. Uwzględniając te czynniki podstawowe, proponuje autor nową klasyfikację nadciśnienia o następujących postaciach podstawowych: I nadciśnienie pojemnościowo-dynamiczne, II. n. pojemnościowo-krańcowe, III. pletoryczne, IV. n. sercowe. (pozatem podane są podgrupy każdej z wymienionych postaci). W patogenezie nadciśnienia należy uwzględnić stosunek ilości krwi do krańcowej pojemności układu naczyniowego, a nie stosunek ilości krwi do wagi ciała. *M. Segal* (Lwów).

O działaniu niektórych organopreparatów na naczynia wieńcowe izolowanego serca zwierząt i człowieka. I. A. LERMAN (Leningrad). Klinicz. Med. T. XII. N. 1/1934.

Kalikreina (padutyna), spermolineol (wyciąg z śledziony rozszerzający naczynia wieńcowe i obniżający parcie krwi, wyrobu sow. laboratorjum „Farmakon") i niezawierający insuliny, wyciąg z trzustki — wywołują zwiększenie przepływu płynu odżywczego przez naczynia wieńcowe izolowanego serca kota. Zwiększone przypływanie płynu jest następstwem działania rozszerzającego naczynia wymienionych preparatów na naczynia wieńcowe. Naczynia wieńcowe izolowanego serca człowieka w 10—13 godzin po śmierci w większości przypadków również rozszerzały się pod wpływem tych preparatów. Reakcja odwrócona występowała wtedy, kiedy również inne środki rozszerzające naczynia (kofeina, papaweryna) zwężały naczynia wieńcowe. Działanie rozszerzające wymienionych organopreparatów obserwowano na sercu starca, lat 75, z wyraźną miażdżycą naczyniową. *M. Segal* (Lwów).

Kształt serca u młodych zawodników - sokołów. HYNEK, KRAL i BASTECKY. Čas. Lék. Česk. Z. 37 i 38. 1933.

Przy badaniu 176 zdrowych, młodych zawodników i 45 zawodniczek, którzy brali udział w IX. zlocie sokołów, stwierdzili autorowie najczęściej konfigurację serca przejściową (między typem prawidłowym a mitralnym). Czysto mitralny typ znaleźli w 14% zawodników i 22% zawodniczek. Występowanie pewnych typów nie pozostaje w związku z okresem ćwiczenia w Sokole ani z czasem treningu do zlotu.

Trudno jest rozstrzygnąć, czy te zmiany są nabyte przez ćwiczenia, czy też wrodzone. Pomiędzy czasem ćwiczenia a przerostem lewej komory zachodzi stosunek bezpośredni. Stosunkowo często znajdujemy powiększony prawy przedsionek. Wysokość prawego przedsionka jest wprost proporcjonalna do wysokości ciała, natomiast wysokość przedsionka nie zależy zupełnie od okresu ćwiczeń. Również okres ćwiczeń nie pozostaje w związku ze współczynnikiem Groedla. Pomiędzy współczynnikiem Groedla i przyżyciową pojemnością zachodzi prawdopodobny, bezpośredni stosunek.

W lewej komorze i prawym przedsionku spotykali często wypukłość i załamanie konturu w postaci garbu. Przyczyny i powstania tego objawu wytłumaczyć nie mogą. Zwracają uwagę na wielką różnorodność kształtu prawego przedsionka. *Ungar* (Lwów).

Wartość próby wodnej Kaufmanna, jako próby czynnościowej serca. S. FREY. Med. Klin. Nr. 49. 1933.

Autor opierając się na materjale klinicznym, przychodzi do przekonania, że próba wodna Kaufmanna jest dobrym sprawdzianem wydolności mięśnia sercowego i jako taką poleca jej stosowanie. *Godlowski* (Kraków).

Mikrobiologja i serologja.

Dysocjacja zjadliwych prątków gruźliczych. E. PIASECKA-ZEYLAND. Gruźlica T. VIII. Nr. 5.

Przeprowadzone badania nad trzema szczepami gruźlicy ludzkiej, wyosobnionemi z materjału chorobowego ludzkiego, wykazały brak większych różnic w działaniu chorobotwórczem kolonij R i S. Zarówno kolonje R jak i S zdysocjowane z hodowli zjadliwych prątków gruźlicy ludzkiej są śmiercionośne dla świnek morskich.

Poprzednia serja badań przeprowadzonych nad kolonjami R i S szczepu BCG (Gruźlica T. VI.) wykazała, że oba typy kolonij są jednakowo niechorobotwórcze. Z obu zatem seryj doświadczeń wynika, że dysocjacja morfologiczna prątków gruźliczych nie idzie w parze ze zmianą ich zjadliwości. *A. Donhaiser* (Kraków).

O pojawianiu się prątków gruźliczych we krwi. W. KOLLE i E. KUESTER. (Frankfurt). D. Med. Wschr. Nr. 9. 1934.

Autorzy przystąpili do kontroli pracy Loewensteina, który w 50% przypadków gruźlicy płuc, kości i skóry znalazł prątki we krwi. Pozatem znajdował prątki gruźlicze we krwi w postaciach gruźlicy, w których w ogniskach gruźliczych nie wykazano prątków ani mikroskopowo ani hodowlą lub szczepieniem. W gośćcu stawowym, w schizofrenji, stwardnieniu rozsianem, które etiologicznie uważa się za należące do gruźlicy a jednak w tkankach nie znajdujemy cech charakterystycznych dla gruźlicy, Loewenstein w znacznym odsetku znalazł prątki we krwi. Kolle i Kuester zebrali w literaturze 200 prac z 5000 przypadków z wynikiem prawie że wyłącznie ujemnym a sami przeprowadzili badania na 1000 przypadków własnych i doszli do następujących wyników: 1) Nie potwierdzają zdania Loewensteina, jakoby w 30—40% przypadków rozmaitej postaci gruźlicy znajdowano prątki gruźlicy we krwi. 2) Nie potwierdzają również, jakoby w schizofrenji, pląsawicy, stwardnieniu rozsianem znajdowano w znacznym odsetku prątki gruźlicze we krwi, ale znajduje się je tylko w nielicznych przypadkach tak, że nie można z tego wyciągać nowych wniosków lub teoryj co do powstawania, etjologji, kliniki i patologji gruźlicy. *Dr. J. Landau* (Kraków).

Wpływ lecytyny koloidalnej na zjawisko lizy bakteryjnej wywoływanej przez bakterjofaga. B. S. LEWIN i IWO LOMIŃSKI. Compt. rend. d. S. d. l'Academie des Sciences. T. 198. W. 10. 1934.

Autorzy badali wpływ zawiesiny koloidalnej lecytyny (sporządzonej z białka jaja kurzego) na czynność lityczną bakterjofaga przeciwgronkowcowego. Przesącz hodowli bakteryjnej zawierający bakterjofaga mieszano z lecytyną w rozmaitem stężeniu, po 24 godz. dodawano hodowlę gronkowca.

Doświadczenia te wykazały wyraźny hamujący wpływ lecytyny na proces lityczny, przyczem lecytyna nie niszczy bakterjofaga. Badania te mogłyby według autorów tłumaczyć przyczynę słabego działania litycznego bakterjofagów, wprowadzanych do organizmów żyjących w porównaniu z ich działaniem *in vitro*. *St. Legeżyński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

W sprawie dusznicy bolesnej. E. HAUSNER i D. SCHERF. (Wiedeń). Ztschr. f. klin. Med. B. 126. S. 166—193.

W 3 przyp. dusznicy bolesnej, bez zakrzepu w tętnicy wieńcowej elektrokardjogramy wykazywały stałe zmiany, uważane dotychczas za charakterystyczne dla zaczopowania tętnicy wieńcowej (wysokie odejście S—T z ramienia zstępującego R, wzgl. niskie odejście S—T z części wstępującej załamka S.). Powyższe zmiany krzywej Ekg świadczą o daleko posuniętem niedotlenieniu mięśnia sercowego, a mogą występować bez bólu dusznicowego. Nawet zupełne zamknięcie zwężonych naczyń wieńcowych może nie dawać bólu dusznicowego, a po zamknięciu światła nacz. wieńc. może nawet zniknąć ból dusznicowy powysiłkowy. Co do naparstnicy to nawet duże dawki nie wywołały zmian w krzywej Ekg, świadczących o zmniejszeniu ukrwienia w zakresie naczyń wieńcowych. Dlatego niesłusznie obawiają się niektórzy praktycy stosowania naparstnicy w dusznicy bolesnej. Z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że po naparstnicy może się klinicznie stan pogorszyć, chociaż nie udało się dotychczas stwierdzić tego pogorszenia na krzywej Ekg. Również przykręgosłupowe znieczulenie $C_7 — D_3$ i wycięcie zwojów współczulnych w jednym przypadku na 7 obserwowanych poprawiło stan podmiotowy chorego, a Ekg wykazywał przejściową poprawę ukrwienia mięśnia sercowego. W pozostałych przypadkach powyższe zabiegi nie zmieniły Ekg, dlatego nie należy się ich obawiać. *H. Długosz* (Lwów).

Diatermja i galwanizacja dróg wegetatywnych przy dusznicy bolesnej. E. F. JANICKAJA i L. M. SENIK. (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 1/1933.

Dotychczasowe metody leczenia dusznicy bolesnej przy pomocy diatermji i d'Arsonvalizacji okolicy serca i aorty nie dały dobrych wyników. Metoda autorów polega na zadziałaniu metodami fizykalnemi nie na serce bezpośrednio, ale na ośrodki wegetatywne — w szczególności na odcinek szyjowo-piersiowy układu wegetatywnego. Przy galwanizacji stosowano 3 elektrody: jedną umieszczono wzdłuż kręgosłupa w okolicy dolnych kręgów szyjnych i górnych piersiowych, dwie mniejsze elektrody połączone z biegunem ujemnym — pod obojczykami bliżej stawów barkowych. Natężenie prądu 8—15 mA, czas trwania 8—10—15 min. co drugi dzień. Przy diatermji ten sam układ elektrod, natężenie prądu 0.6—0.8 do 1.0 A, czas trwania 6—12 min. ogółem 10—15 nagrzewań. W ciągu 2-ch lat leczono tą metodą 120 chorych z dusznicą bolesną o typowym przebiegu. W 36% napady dusznicy nie powtarzały się więcej, w 40% napady były rzadsze o słabszem nasileniu.

Badania anatomo-fizjologiczne i doświadczalne wykazują, że istnieje związek między splotami szyjnemi, a szczególnie 2 piersiowemi układu wegetatywnego i sercem z aortą, i że sploty te mają znaczenie dominujące w procesie powstania zespołu dusznicy bolesnej. Prąd galwaniczny powoduje przesunięcie równowagi jonów tkankowych, zmienia ich stężenie w komórce. Przypuszczalnie zmiana równowagi jonów w elementach nerwowych o wzmożonej patologicznie pobudliwości jest jedną z przyczyn otrzymanych pomyślnych wyników. Ważnym czynnikiem jest również głębokie przekrwienie czynne, jakie wywołuje diatermja. Pozatem galwanizacja i diatermja mają własności przeciwskurczowe, co ma ważne znaczenie dla czynnika naczynio-skurczowego przy dusznicy bolesnej. *M. Segal* (Lwów).

O sporadycznem pojawianiu się choroby Weila. FR. KRAUSE i W. WILKEN. Klin. Wschr. Nr. 4, 1934.

Autorowie zauważają, że w czasie powojennym spostrzegano w Niemczech tylko wyjątkowo odosobnione przypadki choroby Weila, być może także dlatego, że nawet w przypadkach podejrzanych nie myśli się o tej chorobie. W Fryburgu w Instytucie higieny w przypadkach niejasnych badano krew i mocz w kierunku ch. Weila. W ten sposób w ciągu 1½ roku można było w tamtejszej klinice stwierdzić 6 przypadków tej choroby. Z tych 6 przypadków dwa zmarły i były poddane badaniu sekcyjnemu.

Obraz kliniczny w tych przypadkach był dość różny. We wszystkich stwierdzono klasyczne objawy, opisane przez Schittenhelma. Żółtaczka w tych przypadkach pojawiała się w różnym stopniu; tylko w jednym przypadku nie było żółtaczki, co nie należy do rzadkości, bo np. Schüffner na 47 przypadków 9 razy jej nie widział. W innej epidemji (w Hildesheim) nie spostrzegano jej w 30—40% ogółu przypadków. W przypadkach autorów 3 razy żółtaczka była bardzo słabo zaznaczona. W 2 przypadkach, przebiegających pod postacią ostrego lub podostrego zaniku wątroby, żółtaczka była ciężka; rozwijała się ona w 6—8 dniach i pod obrazem śpiączki wątrobowej kończyła się śmiercią. W 5 na 6 przypadków stwierdzono zapalenie nerek, z czego w 3 było znaczniejsze upośledzenie czynności nerek; stwierdzono wzniesienie się resztującego azotu. W jednym przypadku był bezmocz z ciężkiemi objawami mocznicowemi, w tym też przypadku wyjątkowo podniesione było ciśnienie. We wszystkich innych przypadkach, podobnie jak wogóle, wybitnie niskie. Szczególnie w przypadkach z ciężką żółtaczką i ze znacznem podniesieniem się azotu resztkowego było poważne zaburzenie w krążeniu, a tem samem niskie ciśnienie. Rokowanie co do schorzenia nerek jest pomyślne. Nawet w przypadku z bezmoczem po 1½ roku nie można było stwierdzić jakiegokolwiek zaburzenia w czynności nerek. Ciepłota zachowywała się naogół podobnie, jak to podają w piśmiennictwie odnośnem. W pierwszych 5—8 dni był typ stale remitujący, po 4—10 dniowym okresie bezgorączkowym podnosi się ciepłota do 38° i okres ten trwa różnie długo.

Dość charakterystycznemi są bóle w kończynach, umiejscawiające się wkońcu w łydkach. Te bóle w łydkach są tak bardzo typowe dla choroby Weila, że zwracają one uwagę na nią i każą o niej myśleć. Łydki są bolesne i na ucisk i bez niego. Krew odznacza się leukocytozą. Co się tyczy warunków zakażenia, to w 3 przypadkach nastąpiło ono najprawdopodobniej we wodzie, w czwartym zaś przez ukąszenie szczura, u pozostałych dwóch robotników rolnych prawdopodobnie w związku z ich zawodem. *W. Nowicki* (Lwów).

Przyroda angina pectoris decubitalis. A. LEHNDORF. Med. Klin. Nr. 43, 1933.

Angina pectoris decubitalis (a. p. dec.) jest tą postacią schorzenia, która występuje w nocy, w spokoju, w przeciwieństwie do powstałej przy ruchach *(ang. d'effort)*. Przyczyną powstania ataku *a. p.* w ogólności jest niestosunek między ukrwieniem m. sercowego, a jego pracą. Przyczyny wyzwalające te stosunki w *a. p. dec.* są wielorakie. Przez ułożenie poziome, przy pełnym żołądku przychodzi do podniesienia przepony uciskającej w ten sposób serce, a przy istnieniu schorzenia naczyń wieńcowych może wtedy przyjść do niedokrwienia m. sercowego. Położenie się do zimnego łóżka może wywołać atak *a. p. dec.* Przy podnieceniach psychicznych występujące ataki *a. p.* są spowodowane wzmożeniem czynności serca i jego pracy. Czynniki psychiczne przez n. sympatyczny powodują rozszerzenie naczyń wieńcowych i przekrwienie m. sercowego; o ile naczynia te nie mogą się rozszerzyć spowodu ich schorzenia, przychodzi do względnej ischemji m. sercowego i do napadu *a. p.* W następstwie leżenia w łóżku może przyjść do wypływania utajonych obrzęków sercowych i przez to powiększania masy krwi, co wymaga w wzmożonej pracy serca, co przy niemożności rozszerzenia się naczyń wieńcowych stwarza warunki powstania *a. p. dec.* Również czynniki meteorologiczne, a zwłaszcza okresy nasileń zdolności przewodnictwa elektrycznego powietrza (12 godz. w południe i 4 rano) mogą wywołać atak *a. p. dec.* *Z. Godłowski* (Kraków).

Endemja Kala-azar na południowo-wschodnim pobrzeżu Adrjatyku. M. KRMPOTIĆ. Liječnički Vjesnik. 1934. Nr. 1.

Choroba ta była poprzednio mylnie rozpoznawaną jako malarja, *M.* Banti, gorączka maltańska, dziecięca gorączka śledzionowa i t. p. Po zwróceniu właściwej uwagi obserwował autor od r. 1930 na pobrzeżu od Dubrownika ku południowi 27 przypadków tej rzadkiej w Europie choroby. Wśród nich było 4 dorosłych, 23 dzieci od 1—9 lat, w tem tylko 5 dziewcząt. Czas trwania choroby najkrótszy 16 dni, najdłuższy rok. Leczenie trwało od 1—12 miesięcy. Trudności rozpoznawcze w stosunku do malarji i gorączki maltańskiej. W przypadkach rozwiniętych obok ogromnej śledziony i powiększenie wątroby. Gorączka rzadko ciągła, częściej przerywana, nieraz z dwukrotnym w ciągu dnia wzrostem i spadkiem. Najpewniejsze rozpoznanie po nakłuciu śledziony i znalezieniu pozakomórkowych ciałek Leishman - Donovana. W obrazie krwi leukopenja (do 900 na mm³). Leukopenja dotyczy neutrofilów. Wybornym środkiem leczniczym jest tu neostibosan zawierający 42% antymonu pięciowartościowego. Śmiertelność dawniej 95%, przy pomocy tego środka spada do 0. Stosuje się go domięśniowo lub dożylnie co drugi dzień, wyjątkowo co dnia, aż temperatura dojdzie do normy. Zaczynał autor u dzieci od 0,10 u dorosłych od 0,30; na leczenie potrzeba 1,4 g do 8 g. Tolerancja dobra, powikłań nie daje. W bardzo ostrych stanach należy przeczekać z neostibosanem, aż ostre stadjum minie. *R. L.* (Lwów).

Przypadek hipertermji histerycznej u dziecka. J. M. KUSZNIR. Wracz. Dieło Nr. 10. 1933.

Pacjentka lat 13 zgłosiła się ze skargami na stany wzmożonej pobudliwości nerwowej, „ciężkie sny", bóle głowy, bezsenność. Stan taki datuje się od czasu, kiedy dowiedziała się o ciężkiej chorobie matki. Badaniem stwierdzono: wybitny dermogra-

fizm, drżenie palców rąk i powiek, wzmożone odruchy ścięgniste. Pozatem stan neurologiczny i internistyczny — negatywny. Następnego dnia dziewczynka została wysłana przez rodziców do rentgenologa celem odebrania wyniku prześwietlenia matki. Po drodze przeczytała opis rentgenogramu, który przemawiał za nowotworem złośliwym. Po powrocie do domu dziewczynka dostała ataku histerycznego: zaczęła rwać na sobie włosy, biła siebie pięściami po głowie, płakała spazmatycznie, krzyczała, że nie będzie żyła bez matki. Przy badaniu stwierdzono: hemianalgezję, wzmożone odruchy kolanowe, rozlany dermografizm; ciepłota 40,2.

Po dłuższej rozmowie z pacjentką i wytłumaczeniu, że rozpoznanie rentgenologa nie jest zupełnie pewne, że jest to sprawa, która da się wyleczyć, pacjentka uspokoiła się zupełnie. Ponowne mierzenie wykazało ciepłotę normalną.

Jakkolwiek hipertermja na tle histerji podawana jest w wątpliwość — wielu autorów między innymi Strümpell wskazują na możliwość jej powstania. W przypadku Alessandro ciepłota na tle histerji osiągnęła 44°, temperatury takiej nie obserwowano nigdy przy schorzeniach organicznych. Wiadomem jest także, że przy histerji ciepłota może być różna w różnych częściach ciała.

M. Segal (Lwów).

Obce ciało w cewce moczowej. M. J. MELNIK. Wracz. Dieło Nr. 11. 1933.

Pacjent lat 17 uprawiał samogwałt od 10 roku życia. 7—8 razy dziennie, często w gronie 10—15 kolegów. Dla masturbacji używał stale słomki, którą wprowadzał do cewki. Nie mając pod ręką słomki, wprowadził do cewki rączkę do pisania. Nie przypomina sobie, w jaki sposób rączka wyślizgnęła się i znalazła się całkowicie w cewce i pęcherzu. Po siedmiu dniach zgłosił się do lekarza. Ciało obce usunięto, poczem pacjent leczył się w szpitalu przez 3 miesiące spowodu ropnicy z ropniami biodra, w płucu i na ramieniu, obustronnego zapalenia najądrzy i sterczu. Opuścił szpital z przetoką tylnej części cewki.

M. Segal (Lwów).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

Higjena psychiczna w ramach higjeny społecznej. W. CHODŹKO. Rocznik Psych. XXI. 1933.

Rozwój przemysłu i wzrastająca urbanizacja ludności doprowadziły ostatnio do znacznego wzrostu liczby umysłowochorych i psychopatów. Higjena społeczna nie może przejść nad tem do porządku dziennego. Statystyki wielu z państw zachodnich poświęcają baczną uwagę temu zagadnieniu. Taksamo, jak założono poradnie przeciwweneryczne lub dla alkoholików, powstały polikliniki dla psychicznie chorych, połączone przeważnie z otwartemi oddziałami psychjatrycznemi. Autor słusznie podkreśla duże znaczenie tych oddziałów, których u nas niema prawie. Fakt, który zasługuje na jaknajwyraźniejsze podkreślenie, — i w literaturze fachowej, — jest dobry wynik lecznictwa psychjatrycznego w naszych zakładach. Prawie 5.000 osób opuściło polskie zakłady psychjatryczne w roku 1929 w stanie wyleczenia lub też bardzo znacznej poprawy. Są to ludzie, potrzebujący otwartej opieki psychjatrycznej. Inne, również szerokie pole dla higjeny psychicznej, są szkoły i warsztaty pracy, jak i armja. Postępy i doświadczenia tej nauki będą w przyszłości zastosowane w stosunku do przestępców i więźniów, jak to ma miejsce w Belgji.

Obständer (Bielsko).

Stwierdzenie obecności przeciwciał gruźliczych w surowicach chorych na rozszczepienie myślowe. KINDERMANN, R. HOFMANN. Med. Klin. Nr. 48. 1933.

Na 100 przypadków rozpadu myślowego tylko w 13 przypadkach stwierdzili autorowie wynik dodatni reakcji antygenu Witebsky'ego, Kuhna, Klingensteina i obecność w surowicy przeciwciał gruźliczych. Ten niski odsetek dodatnich wyników nie pozwala łączyć etjologji rozpadu myślowego z gruźlicą.

Z. Godlowski (Kraków).

W sprawie liczby narkomanów i ich jakości ustrojowej. W. ŁUNIEWSKI. Rocznik Psychjatryczny. XXI. 1933.

Określenie liczby narkomanów jest prawie niemożliwe; narkomani przyjęci do szpitali przedstawiają drobny ułamek tych, którzy nałóg swój dysymulują. Statystyka zakładów psychjatrycznych w Polsce jak i krajów innych wykazuje wzrastającą od roku do roku liczbę narkomanów. Choć liczba ta w Polsce nie jest narazie zbyt wielką (około 300 osób), to nie należy zaniedbywać niebezpieczeństwa ciągłego jej wzrostu. Autor bada warunki ustrojowe, sprzyjające powstaniu narkomanji w przypadkach pojedyńczych. Momenty psychologiczne, faworyzujące narkomanję, są różnorodne. Zdaje się, że czynniki ustrojowe większą odgrywają rolę, niż przypadkowe. Co do rasy, to żydzi są mniej skłonni do narkomanji niż aryjczycy. Autor wskazuje na współistnienie rozmaitych perwersyj płciowych z narkomanją oraz na częste zaburzenia cielesne i psychiczne u narkomanów.

Obständer (Bielsko).

Przypadek psychozy pelagrycznej. DESIDER JULIUS i D. JEVTIĆ. Liječnički Vjesnik. 1933. Nr. 12.

U mężczyzny 50-letniego, który już w roku 1930 i 1932 okazywał w letnich miesiącach zaostrzenia rumienia lombardzkiego i objawy psychotyczne (niewłaściwie rozpoznane) obserwowali autorowie co następuje: typowe objawy skórne, wycieńczenie bardzo znaczne, brak apetytu, mowa niewyraźna, chód niepewny, odruch źrenicowy prawie zniesiony, przeczulica na ból, zanik mięśni ud. Psychjatrycznie: zachowanie się pseudokatatoniczne, naprzemian ze stanami delirjo-halucynacyjnemi, zespół amnestyczny Korsakowa. Po wykluczeniu innych przyczyn i wobec istnienia niewątpliwego rumienia lombardzkiego, rozpoznali autorowie psychozę pelagryczną.

R. L. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z IV posiedzenia naukowego odbytego dnia 23 lutego 1934.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Goldschlag czł. T-wa i kol. Stein jako gość przedstawili i omówili przypadek: *Reticuloendotheliosis.* Chora lat 48 z oddziału Prof. Leszczyńskiego zachorowała przed 5 laty wśród objawów krwotoku żołądkowego i wymiotów. Już w pierwszym okresie choroby względnie w ciągu następnych lat wystąpiły u niej następujące objawy: 1) Niedokrewność o typie wtórnym. 2) Powiększenie wątroby i śledziony. 3) Wada serca *(Stenosis mitralis).* 4) Nieregularnie powstające gorączki i biegunki bez żadnej uchwytnej przyczyny. 5) Podniesiony poziom cholesteryny we krwi (300 mg %). 6) Rozsiane zmiany w systemie nerwowym, niedające się podciągnąć pod żadną znaną jednostkę chorobową. 7) Rozsiane guzy w tkance podskórnej kończyn górnych i dolnych, których obraz histologiczny wykazuje występowanie jakiejś substancji lipoidowej, a w nacieku komórkowym pierwiastki siateczkowo-śródbłonkowe. Obraz kliniczny przypomina *„Fettgranulome“* Abrikosoffa. Przytoczone objawy odnoszą G. i S. do uogólnionego schorzenia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Według publikacyj istnieje możliwość bujania komórek siateczkowo-śródbłonkowych również w systemie nerwowym. Na pewien związek między schorzeniami układu siat.-śródbł. a systemem nerwowym wskazuje choroba Niemann-Picka, kombinująca się często z chorobą Tay-Sachsa.

W dyskusji: Kol. Grabowski zapytuje o zmiany w obrazie krwi obserwowanym u chorej, podkreślając, iż w dotychczas opisanych i anatomicznie potwierdzonych przypadkach retikuloendoteljoz rozlanych stwierdzano stale obok niedokrwistości znaczną leukopenję oraz postępującą limfopenję. Zmiany we krwi mają rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania spraw patologicznych w układzie siateczkowo-śródbłonkowym.

Kol. Fell miał przedstawioną chorą w swojej obserwacji od 3 lat. W szczególności obserwował u niej *endocarditis,* dlatego gorączkę u chorej odnosi głównie do schorzenia serca. Jako pozostałość po zapaleniu wsierdzia ustaliła się u chorej wada zastawkowa *(stenosis mitralis).* W rezultacie można u niej stwierdzić mitralną konfigurację, przysłuchem przedskurczowy szmer nad końcem serca. Opisane zmiany stanowią ważny przyczynek do patologji układu siateczkowo-śródbłonkowego. Ustala się bowiem w ostatnich czasach pogląd, że układ ten w wybitnym stopniu współdziała przy powstawaniu zapalenia wsierdzia. Za tem przemawiają wyniki prac doświadczalnych szkoły Bergmanna. W przypadku przedstawionym inwazja bakteryj natrafiła na korzystne podłoże mianowicie na wybitną nadczynność układu siat.-śródbł., czego wyrazem są omawiane zmiany skórne i nerwowe; współdziałanie obu czynników t. j. inwazji bakteryjnej oraz nadczynności ukł. siat.-śródbł. *(Reticuloendotheliosis)* spowodowało zdaniem F. powstanie zapalenia wsierdzia.

2. Kol. Falkiewicz A., czł. T-wa wygłosił wykład: *Zmiany elektrokardjogramu i znaczenie elektrokardjografji w dusznicy bolesnej.* Po krótkiem przypomnieniu na wstępie najważniejszych zasad elektrokardjografji i cech elektrokardjogramu normalnego omówił prelegent zmiany elektr. występujące w przypadkach uszkodzenia mięśnia sercowego, potem ostatnio podane

metody czynnościowego badania ukrwienia mięśnia sercowego, a więc badanie elektrokardjogramu po próbie pracy i niedotlenienia, znaczenia tych badań dla rozpoznania i leczenia dławicy piersiowej oraz dla patogenezy tego schorzenia. (Całość ukaże się w druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji: Kol. Ziemilski zaznacza, że dusznica bolesna jest niewątpliwie „chorobą cywilizacji". Zapadają na nią jedynie ci, którzy wiedzą, że „mając sklerozę — można dostać anginę". Na ogromnym materjale kasowym sercowo chorych, pochodzących ze sfer fizycznie ciężko pracujących od lat pięciu nie stwierdził ani jednego przypadku zespołu „Hunterowskiego", nawet przy najcięższych sprawach aortalnych i myokardjalnych. Zawały sercowe powodują u takich chorych objawy podmiotowo ciężkie, ale czysto cielesne. Chorzy określają bóle jednozgodnie jako „reumatyczne". Zagadnienie dusznicy bolesnej zajmuje również bardzo żywo psychoterapeutów. Dla zupełnego wyjaśnienia prognostycznego znaczenia omawianych przez Kol. F. znaków elektrokardjograficznych trzebaby właściwie przebadać duże masy starszych pracowników fizycznych z niewątpliwą „sklerozą" ogólną i samego mięśnia sercowego, a nieskarżących się wcale na dolegliwości typowo dusznicowe. Pierwotne zagadnienie zróżnicowania między prawdziwą a rzekomą dusznicą przesunęło się dzisiaj na inną płaszczyznę. Odruchowe dusznice pochodzące z żołądka, wątroby, jajników, przepony (przepukliny przeponowe, odmy lewostronne) z palenia tytoniu, powstające nawet po spożyciu wielkiej ilości owoców (Rosenfeld. Kl. W. Nr. 4. 1923) opierają się na takim samym mechaniźmie — zwężenia tętnic wieńcowych, względnie na takiem samem zmniejszeniu przepływu krwi przez serce, jak — dusznice prawdziwe. Rzecz jasna, że i elektrokardjogram będzie tu odpowiednio zmieniony. Z. cytował przypadek młodego człowieka (Wiad. Lek. 1933, Nr. 9—10), który siedm lat temu zapadł na typową dusznicę bolesną, połączoną z lękiem, reakcją na nitroglicerynę i t. d., pochodzenia zapewne wątrobowego; chory ten w chwili napadu przypuszczalnie wykazałby wszystkie cechy omówione w referacie, zwłaszcza że można było też wykazać objawy niedomogi mięśnia, które ustąpiły po naparstnicy. Dzisiaj jest zupełnie zdrów, a serce jego jest normalne (anatomicznie, rentgenologicznie i czynnościowo). Ustosunkowanie praktyka do dusznicy bolesnej jest inne, niż przy innych ciężkich cierpieniach. Rozpoznawszy np. białaczkę, raka żołądka, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, lub gruźlicę płuc u chorego w sile wieku w pełni pracy zawodowej — zmieniamy nagle tryb życia i wyrywamy go z zawodu. Rzadko możemy zmienić coś istotnego w trybie życia chorego na dusznicę, nikt nie wyjedzie na dłuższy odpoczynek i nikt też nie może uniknąć bodźców nerwowych, które z pewnością przyczyniają się do spotęgowania cierpienia. Co się tyczy leczenia — Z. poleca następujący środek. Jest to kombinacja, podana przez wiedeńskich farmakologów ze szkoły Mauthnera i wprowadzona do lecznictwa przez Frostiga (Z. f. ges. Neur. u. Psych. 1932. 142, z. 2—3). Podaje się medinal i tyleż diuretyny, która neutralizuje narkotyczne działanie medinalu na korę mózgową, nie usuwa zaś działania narkotycznego na centra podkorowe, wpływające na odruchy wegetatywne, a więc i wazomotoryczne. (Dlatego nazywa też Frostig działanie leku blokadą *thalamus opticus).* Do tego dodaje się kodeinę, a dla zneutralizowania ujemnych skutków opjatu atropinę, nadto bromek wapnia, cibalginę, a w miarę potrzeby i naparstnicę.

3. Kol. Hołobut Wiesław, czł. T-wa: wygłosił wykład: *O znaczeniu chronaksji.* Wprowadzenie czynnika czasu w charakterystykę przejawów czynnościowych długo było zaniedbywane i niedoceniane w dziedzinie biologji i nauk lekarskich. Poprzez badania Hoorwega, Cybulskiego i Zanietowskiego, a wreszcie G. Weissa, który pierwszy wykreślił krzywą pobudliwości mięśnia w zależności wzajemnej siły prądu i czasu jego trwania, dochodzimy do rozstrzygnięcia tego zagadnienia wartościowości podniety czasowej w badaniach Lapicque'a i jego szkoły. Przez wprowadzone przez Lapicque'a pojęcie reobazy jako progowego natężenia prądu o nieograniczenie długim czasie trwania, a z drugiej strony chronaksji, pojęcia czasu odpowiadającego prądowi o podwójnem nasileniu reobazy, możemy obecnie mierzyć temi dwoma parametrami stopień pobudliwości każdej tkanki żywej. Dzięki tym badaniom chronaksymetrycznym zdołano nietylko potwierdzić cały szereg faktów poznanych zapomocą dawniejszych sposobów określenia pobudliwości, lecz znaleziono wyjaśnienie dla całego szeregu zjawisk dotąd mało zbadanych, a wkońcu poznano też i zupełnie nowe. I tak pokazało się, że mięśnie prążkowane szybko kurczące się mają chronaksje niższe niż wolnokurczliwe, natomiast mięśnie gładkie charakteryzują się wysokiemi wartościami swych chronaksyj. Ustalono następnie prawo izochronizmu mięśnia i nerwu, izochronizmu ich chronaksyj, które warunkuje prawidłowe przejście podniety z nerwu na mięsień. Dalsze wyniki tych badań dowiodły istnienia izochronizmu chronaksyj w obrębie poszczególnych neuronów, członów łańcucha nerwowego przewodzącego podniety w kierunku do — lub odśrodkowym. Wreszcie opierając się na badaniach Bourguignon'a przeprowadzonych na materjale ludzkim dowiadujemy się, że mięśnie kończyn położone bliżej tułowia mają niższą chronaksję od mięśni bardziej obwodowych, jak też wyprostne różnią się od zginaczy wyższością swej chronaksji. W konkluzji tych badań dochodzi się do prawa warunkującego normalną czynność mięśni w ustroju: mięśnie tworzące grupę synergistów w pewnej swej czynności ruchowej posiadają tę samą chronaksję. Badania chronaksymetryczne tłumaczą nam sporo zjawisk z dziedziny patologji układu nerwowego jak np. mechanizm ustawienia predylekcyjnego przy porażeniach dróg piramidowych warunkowane jest wysokiemi bardzo różnicami w chronaksjach mięśni spastycznych a niespastycznych. Zatarciem się normalnej różnicy chronaksyj w grupach antagonistycznych mięśni tłumaczymy sobie obraz *„flexibilitas cerea"* w schorzeniach tego typu co *paralysis agitans* i *parkinsonismus.* Również i w dziedzinie pedjatrji wyjaśnia nam chronaksja istotną przyczynę niezborności ruchów jak też i niższy stan napięcia mięśniowego dziecka. Wreszcie specjalny rodzaj zagadnień stanowi kwestja chronaksji podporządkowanej *„chronaxie de subordination".* W związku z teorją chronologiczną systemu nerwowego, głoszącą, że warunki przechodzenia podniet wzdłuż całego łańcucha neuronów są oparte na charakterystykach chronologicznych pobudliwości względnie chronaksyj (co na jedno wychodzi) poszczególnych członów tego łańcucha, stoi w łączności aktualna sprawa istnienia rozdzielczości zmiennej, innemi słowy zwrotnicowego funkcjonowania dróg międzyośrodkowych t. zw. intracentralnych. Istnienie tego rodzaju urządzenia dowiódł Lapicque, zajmując się szeroko kwestją chronaksji podporządkowanej wyższym centrom układu nerwowego. Wkońcu prelegent omawia samą metodykę i aparaturę badań chronaksymetrycznych.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 5 grudnia 1933 roku.

1. Kol. Łuniewski W., czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t.: *„Społeczno-psychjatryczne znaczenie narkomanji".*

2. Kol. Szulc G., czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t.: *„Narkomanja jako zagadnienie higjeny społecznej".*

Liczba narkomanów nie została ustalona w żadnym kraju. Przybliżone dane otrzymano w rozmaitych krajach różnemi metodami. W Niemczech w 1928 r. naliczono 3.500 narkomanów. W Austrji znaleziono 163. Na Węgrzech 268. Inne państwa posiadają dane tylko o pojedyńczych przypadkach. Z krajów pozaeuropejskich najlepszą statystykę posiada Egipt, gdzie liczba narkomanów wynosi prawdopodobnie pół miljona. Stany Zjednoczone wielokrotnie usiłowały ustalić przybliżoną liczbę. Według rozmaitych autorów narkomani stanowią 0,1 do 0,8% całej ludności. Wśród narkomanów poważny odsetek stanowią lekarze.

Z przyczyn narkomanji na pierwszem miejscu postawić należy recepty lekarskie, na drugiem wpływ złego towarzystwa na osoby psychopatyczne, posiadające usposobienie do tego nałogu. Ważną przyczyną jest powstawanie na tle nieodpowiedniego żywienia. Wreszcie warunki życia współczesnego odbijające się w wysokim stopniu na układzie nerwowym są również pośrednią przyczyną szerzenia się narkomanji. Pewną kategorję przypadków stanowią ofiary prostytucji, usidlane rozmyślnie przez alfonsów i sutenerów zapomocą narkotyków.

Obrona przed narkomanją zmierza w dwóch kierunkach:

a) Walka z nielegalnym handlem narkotykami.

b) Propaganda wśród lekarzy i szerokich kół publiczności przeciwko spożyciu narkotyków i leczenie narkomanów.

W kierunku walki z nielegalnym handlem narkotykami Polska prowadzi energiczną akcję. Ustawodawstwo polskie jest najbardziej radykalne i nowoczesne. Aczkolwiek rygorystyczne stosowanie ustaw o narkotykach może być uciążliwe dla lekarzy, jednakże winniśmy się do tego zastosować w imię dobra publicznego.

Dla celów propagandy stworzony został Polski Komitet do spraw narkotyków i walki z narkomanją, stanowiący instytucję doradczą dla władz państwowej służby zdrowia. Komitet ten ma na celu prowadzenie propagandy w prasie, w świecie lekarskim i w zainteresowanych kołach publiczności.

Leczenie narkomanji natrafia w Polsce na znaczne trudności. Jedyny zakład w Świacku stanowi wprawdzie krok naprzód, jednak sprawy bynajmniej nie rozwiązuje.

W dyskusji: Kol. Modrakowski J. czł. T-wa. Ważna jest poruszona przez kol. Szulca sprawa stosunku używania narkotyków do jakości pożywienia. Istnieje szereg spostrzeżeń, że np. pod wpływem odżywiania się „surówką" traci się chęć do palenia; hawańskie cygara można palić tylko po obfitym obiedzie, spożywanie alkoholu jest przyjemniejsze po pokarmach mięsnych i t. d. W zestawieniu z leczeniem met. Tarnawskiego możnaby niewątpliwie osiągnąć dodatnie wyniki.

Kol. Grzywo-Dąbrowski W., czł. T-wa, uważa, że pod pojęciem przestępstwa dokonanego przez narkomana należy rozumieć te, które stoją w związku z zatruciem, lub braniem narkotyków, lub też w okresie głodu morfinowego lub kokainowego. Człowiek, który cierpi głód morfinowy, zdaje sobie sprawę ze swego czynu, jednak nie umie nim pokierować. Niebezpieczeństwo niekarania tego rodzaju przestępstwa usuwa art. 76, który mówi o tem, że sąd władny jest umieścić przestępcę w zakładzie na przeciąg *2* lat. Niebezpieczeństwa socjalnego po uwolnieniu od winy nie będzie, bo taki człowiek będzie izolowany. Sprawę zmniejszenia poczytalności i zastosowanie art. 18-go w przypadku odurzenia z winy sprawcy, kol. Grzywo-Dąbrowski interpretowałby trochę inaczej, czy winien jest narkoman, że musi używać narkotyku. Jeżeli zagadnienie ująć w tej płaszczyźnie, to wydaje się, że sąd musi zastosować złagodzenie kary nawet w przypadku braku warunków art. 1-go. Jako dopełnienie do tego, co mówił kol. Szulc, przypomina art. *24* „kto bez upoważnienia podaje truciznę podlega karze".

Kol. Cieszyński F., czł. T-wa, jest zdania, że narkoman nie powinien mieć mniejszej odpowiedzialności za popełnione czyny. Narkomanja nie powinna być powodem do rozwodu, bo grozi to całym szeregiem nadużyć i powodować może rozluźnienie związków małżeńskich. Co się tyczy wpływu narkotyków na sferę umysłową, to zdaje się, że dzieje się tu, jak z wszelkiemi innemi truciznami, małe dawki pobudzają, średnie porażają, duże zabijają.

Kol. Łuniewski W., czł. T-wa, niezupełnie zgadza się z kol. Grzywo-Dąbrowskim. Co do kokainy moment głodu nie istnieje, natomiast kokainiści podlegają psychozom, co może podpaść pod art. 17-y. Co do interpretacji art. 18, chodziło o to, aby upojenie nie było brane w rachubę jako moment łagodzący. Jest tu trochę niefortunne wyrażenie „z własnej winy", co w bardzo wielu krajach zostało już usunięte. Należy powiedzieć, że artykuły 17, 18, 89 i t. d. nasuwają cały szereg wątpliwości, jeśli wg. artykułu człowiek skazany na dożywotnie więzienie mógłby być potem skierowany do zakładu leczniczego; sprawa małżeństwa jest ujęta z punktu widzenia lekarskiego; tam, gdzie istnieje wspólnota duchowa, tam niema mowy o rozwodzie.

Kol. Szulc G., czł. T-wa, zgadza się z kol. Modrakowskim, że kwestja publikowania pewnych spraw dotyczących działania narkotyków jest sprawą taktyki. Kol. Szulc — ze swego stanowiska higjenisty — jest zdania, że o pewnych sprawach należy przemilczeć w gronie lekarzy i że wskazana jest ostrożność w publikowaniu.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 grudnia 1933 roku.

Wieczór dyskusyjny poświęcony zagadnieniu stanowiska lekarzy w przyszłej wojnie.

1. Kol. Marzecki J. wygłasza odczyt p. t.: *„Stanowisko lekarza w przyszłej wojnie"*.

Kol. Szulc G., czł. T-wa, stwierdza pewną niezgodność między tytułem referatu a jego treścią. Wszyscy prawie obecni lekarze zetknęli się z wojną i wiemy, że podczas niej lekarz ma do czynienia z całym szeregiem zjawisk niezgodnych z jego ideologją i powołaniem. Sprawa gazów nie jest nową sprawą i ogół lekarski nie jest całkowicie uświadomiony, nie należy też potęgować niepokoju co do przyszłej wojny. Schemat obrony przedstawiony przez prelegenta musiałby być poparty pewnemi badaniami. Apel do Uniwersytetów, aby podjęły akcję nauczania lekarzy, jest jednem z nieporozumień, gdyż uniwersytety nie mogą śledzić postępów gazoznawstwa tak, jak instytucje specjalne. Kol. Szulc jest zdania, że zagadnienie poruszone w referacie, chociaż bardzo ciekawe, nie stanowi materjału do dyskusji.

Kol. Nelken J. podkreśla, że walka lotniczo-gazowa z punktu widzenia higjeny psychicznej narodu każe nam zrewidować nasze poglądy i stworzyć na nowo przepisy higjeny psychicznej. Do rozwiązania pozostają 4 zagadnienia: 1) walka z psychopatją, *2*) walka lotniczo-gazowa, *3*) nerwice wojenne, zwłaszcza histerja, 4) sprawa rent inwalidzkich. W poprzednich wojnach psychopatów zwalniano z wojska i wysyłano na tyły. W nowej wojnie tyły będą tak samo zaatakowane, jak front. Atak na tyły, gdzie pozostaje ludność pozbawiona zdrowego elementu męskiego, może wywołać bardzo silną panikę. W piśmiennictwie wszechświatowem jest szeroko omawiane zagadnienie, co robić z psychopatami podczas wojny. Istnieją zwolennicy wysyłania psychopatów na front, aby w ten sposób przeprowadzić *therapiam magnam, sterilisantem,* inni, zwłaszcza Francuzi, radzą zatrudniać psychopatów w przemyśle wojennym. Ważne jest zagadnienie walki z nerwicami wojennemi i z histerją, które wobec walki lotniczo-gazowej na tyłach — wzrosną niepomiernie. Istnieje pogląd, że nerwice wojenne powstają w szpitalach, a nie na froncie. Taksamo ważną kwestją jest sprawa rent wojennych; w Stanach Zjednoczonych stanowią one ciężar, z którym państwo nie może sobie poradzić.

Kol. Goćkowski podkreśla znaczenie lekarzy internistów, dermatologów i okulistów w przyszłej wojnie. Zgadza się z prelegentami, że uniwersytety powinny szkolić lekarzy w działach związanych z przyszłą wojną lotniczo-gazową, która nam grozi.

Kol. Ławrynowicz A., czł. T-wa — jednem z ważnych zagadnień dotyczących przyszłej wojny jest zagadnienie t. zw. wojny bakterjologicznej. Sprawa ta była zlekceważona na terenie Ligi Narodów. Nie będzie ona stosowana na froncie, bo tam stanowiłaby niebezpieczeństwo dla obu stron; teren dla wojny bakterjologicznej będą stanowić tyły. Wybuchy epidemij mogą być wówczas bardzo groźne, stąd doniosłe zadanie przypadnie higjenistom i bakterjologom. Przy nauczaniu medycyny w uniwersytetach należy szerzej potraktować dział chorób zakaźnych, aby młodzi lekarze dobrze się w tym dziale orjentowali.

Kol. Marzecki J. — zgadza się, że jego referat nie poruszał całokształtu sprawy, ale jest to zagadnienie zbyt obszerne, któremu należałoby poświęcić cały cykl odczytów. Referatem swoim pragnął zainteresować lekarzy, a drogą pośrednią i uniwersytety. Ponieważ instytucje wojskowe są całkowicie zamknięte dla ludności cywilnej i ponieważ wojna wybuchnie nagle — lekarzy trzeba szkolić obecnie. Instytucje specjalne, które zajmują się sprawami wojny lotniczo-gazowej, nie mają zupełnie kontaktu ze studentami. Zagranicą pod względem obrony przeciwgazowej robi się daleko więcej. Lekarze wojskowi prowadzą wykłady dla lekarzy cywilnych i studentów i eksperymentują. Jeżeli chodzi o brak miejsca, mam wrażenie, że możnaby jakieś wyjście znaleźć. Towarzystwo Lekarskie ma o tyle poważny autorytet, że mogłoby pod tym względem wpłynąć na uniwersytety, tem bardziej, że pomiędzy profesorami jest świadomość konieczności wszczęcia akcji przeciwgazowej i Prof. Koskowski we Lwowie zdołał już zorganizować placówkę tego rodzaju. Jest bardzo ważnem, aby na terenie całego Państwa lekarze byli wyszkoleni.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.

Dnia 19 kwietnia b. r. zmarł w Warszawie ś. p. dr. Stefan Sterling-Okuniewski, docent Uniwersytetu Warszawskiego, major-lekarz rezerwy i długoletni ordynator Szpitala Szkolnego Centrum Wyszkolenia Sanitarnego. Ś. p. doc. Sterling-Okuniewski urodził się w Warszawie w 1884 r. Już na ławie szkolnej bierze udział w walce o szkołę polską. Po ukończeniu gimnazjum udaje się na studja do Zurychu i uzyskuje doktorat filozofji, następnie do Wrocławia, gdzie w 1910 r. otrzymał stopień dra medycyny. Po powrocie do kraju oddaje się pracy niepodległościowej jako członek Polskiej Partji Socjalistycznej, ordynując jednocześnie w szpitalu. W czasie wojny światowej dostaje się do niewoli niemieckiej, uwolniony osiedla się w 1916 r. w Łodzi prowadząc Miejską Pracownię Bakterjologiczną i Szpital Zakaźny. W 1918 r. przenosi się do Warszawy i zostaje st. referentem Min. Zdrowia Publicznego, poświęcając się jednocześnie zagadnieniom chorób zakaźnych. Podczas wojny polsko-bolszewickiej wstępuje do Wojska Polskiego. W 1921 r. przechodzi do rezerwy w stopniu majora, aby poświęcić się całkowicie pracy naukowej i społeczno-lekarskiej. W 1924 r. habilituje się jako docent patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych i ma zlecone wykłady kliniki chorób zakaźnych. Od grudnia 1927 r. do ostatniej chwili pracował jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Szkolnego C. W. San., kierując pododdziałem dla kobiet i weteranów.

Ś. p. doc. Sterling-Okuniewski pozostawił po sobie duży dorobek naukowy. Ogłosił drukiem kilka prac z dziedziny filozofji m. in. „Prawo biogenetyczne w psychologji“, 1906; „Jędrzej Śniadecki i Darwin“, 1909, oraz około 90 prac z dziedziny medycyny. Do większych prac należy monografja p. t. „Dur plamisty“, która doczekała się dwóch wydań (1917 i 1922), „Technika badań bakterjologicznych“ (dwa wydania), kilka rozdziałów w redagowanym przez siebie „Podręczniku chorób zakaźnych“. Był redaktorem i założycielem czasopisma „Nowotwory“, oraz czasopisma „Gruźlica“ (w latach 1925—1930), oraz wydawnictw Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka. Poza pracą naukową brał żywy udział w pracy społeczno-lekarskiej: był długoletnim członkiem zarządu Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, dalej jednym z założycieli i sekretarzem generalnym Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka.

Cześć Jego pamięci!

sk

XIV ZJAZDOWI PSYCHJATRÓW POLSKICH SKŁADA ŻYCZENIA OWOCNYCH OBRAD

REDAKCJA P. G. L.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Akademja ku czci ś. p. prof. E. Roux i prof. A. Calmette w Poznaniu. W dniu 22 kwietnia b. r. zagaił w Auli Uniwersyteckiej uroczystą akademję J. M. Rektor U. P. prof. Dr. Stanisław Runge, podnosząc zasługi przed pół rokiem zmarłych ś. p. prof. Roux i prof. Calmette. Zaznaczył, że w hołdzie oddanym tym uczonym mieści się uznanie nietylko dla tak zasłużonych mężów, lecz i całej nauki francuskiej. Następnie prof. J. Hoffman, dziekan wydziału lekarskiego omawiał znaczenie wykrycia szczepionki przeciwbłoniczej prof. Roux i szczepionki przeciwgruźliczej prof. Calmette, przypominając, jak groźną była dawniej błonica, którą unieszkodliwiła surowica prof. Roux i jak wielką klęską dla ludzkości jest gruźlica, dla której zwalczania prof. Calmette poświęcił całe życie. Owacyjnie witany wstąpił na mównicę prof. Uniw. Jag. Dr. Odo Bujwid, senjor mikrobiologów polskich, uczeń Pasteura i współpracownik ś. p. prof. Roux. Obrazując osobiste wspomnienia podkreślił, w jak ciężkich warunkach pracował sam Pasteur i jego współpracownicy spowodu braku odpowiednich urządzeń w pracowni. Podniósł uprzedzenia podtrzymywane przez uczonych niemieckich, co do odkryć Pasteura tak w sprawie leczenia chorób zakaźnych szczepionkami jak i szczepień przeciw wściekliźnie. Prof. Dr. L. Padlewski omówił zasługi ś. p. prof. Roux i Calmette na polu biologji i medycyny, sławiąc E. Roux jako godnego następcę Pasteura i kierownika instytutu tegoż, kształcącego całe zastępy lekarzy przybywających z wszelkich stron świata. A. Calmette natenczas pracował w Instytucie Pasteura, od r. 1890, by następnie wyjechać do Sajgonu, gdzie dokonał szeregu odkryć naukowych między innemi szczepionki przeciw jadowi żmij. Po powrocie do Paryża długie lata pracował nad wykryciem szczepionki przeciwgruźliczej, a dotychczasowe wyniki świadczą jaknajchlubniej o jej skuteczności. W przemówieniu swojem prof. Dr. O. Bujwid rzucił myśl, by z Polski wyszedł projekt wzniesienia ze składek międzynarodowych pomnika ku czci wielkich uczonych. Propozycja ta znalazła u zebranych serdeczny oddźwięk. Uroczystość zakończono koncertem, na którym prof. N. Padlewska odegrała utwory C. Debussy'ego *„Feuilles mortes“* i F. Liszta *„Funérailles“*. *W. S.*

Odznaczenia Uczonych Sowieckich. Centralny Komitet Wykonawczy Z. S. R. R. nadał tytuł „zasłużonych uczonych“ następującym profesorom sowieckim, którzy odznaczyli się w dziedzinie medycyny: Bronerowi (walka przeciwko chorobom wenerycznym), Gamalei (pierwszemu, który wprowadził w Z. S. R. R. szczepienie ochronne przeciwko wściekliźnie), Kolcowowi (twórcy biologji doświadczalnej w Z. S. R. R.), Sperańskiemu (słynny patofizjolog sowiecki), Marcinkowskiemu (walka z chorobami zakaźnemi), Hercenowi (chirurgja i walka z rakiem), Konczałowskiemu (terapeutyka).

Od Redakcji:

Następny zeszyt P. G. L. poświęcony będzie uzdrowiskom podkarpackim.

Zmarli.

Dr. Salomon Handwerker, lekarz Ubezp. Społ., zmarł we Lwowie w wieku 63 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

I. doroczny zjazd Jugosłowiańskiego Tow. ftizjologicznego odbędzie się 10—13 maja w Brestowcu (sanatorjum koło Zagrzebia) i w Ljubljanie i Topolšici. Tematy: 1) Klasyfikacja gruźlicy płuc. 2) Kolapsoterapja gruźlicy płuc. Równocześnie 12 maja odbędzie się w Ljubljanie I. Jugosłowiański Zjazd przeciwgruźliczy.

Posiedzenie Pols. Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się 26 kwietnia 1934 r. Karbowski i Płońskier: Przypadek posocznicy grypowej z powikłaniem ze strony narządu słuchu. Karbowski i Flokstrumpf: Przypadek brodawczaków krtani leczony radem. Tencer: Przypadek napadowych skurczów krtani nieustalonego pochodzenia.

X posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 27 kwietnia b. r. Chwalibogowski: Przypadek choroby Selter-Swift-Feera u 3 letniej dziewczynki. Grzędzielski J.: O leczeniu operacyjnem oderwania siatkówki.

Tow. Lek. Łódzkie. Posiedzenie 2 maja b. r.: H. Halpern-Wieliczański: Konstytucja a gruźlica. H. Lajchter: Wczesne rozpoznanie przez stomatologa schorzeń ogólnych. — Posiedzenie 16 maja: J. Aleksiewicz (jako gość — Iwonicz): Iwonicz (szczawa słono-jodowa) ośrodek leczenia gruźlicy chirurgicznej. — Posiedzenie 30 maja: A. Kunicki i K. Ściesiński: Periarteriitis nodosa.

XXVIII Zjazd Chirurgów Polskich. XI Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbędzie się w kwietniu 1935 roku w Krakowie. Tematy programowe: 1. Krwiomocz: a) Anatomja patologiczna: Prof. W. Nowicki (Lwów). b) Krwiomocz z punktu widzenia chorób wewnętrznych: Dr. W. Markert (Warszawa). c) Chirurgja krwiomoczu: Prof. T. Ostrowski (Lwów). — 2. Ostra niedrożność przewodu pokarmowego: a) Referent: prof. K. Michejda (Wilno). b) Koreferent: prof. S. Schilling-Siengalewicz (Wilno).

Różne.

Dnia 12 kwietnia b. r. dokonał Dyrektor Dep. Karnego Min. Sprawiedliwości T. Krychowski w obecności Wojewody Lwowskiego Beliny - Prażmowskiego, oraz Przedstawicieli Władz i Urzędów, uroczystego otwarcia Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych więźniów w Drohobyczu. Szpital drohobycki jest po Grodzisku (50 łóżek), w Grudziądzu (męski szpital 100 łóżek, kobiecy 50 łóżek) czwartym skolei więziennym szpitalem psychjatrycznym. Powstał on dzięki staraniom i inicjatywie Naczelnego Lekarza Więziennictwa przy Min. Sprawiedliwości Dra H. Jankowskiego. Szpital zajmuje na terenie Więzienia w Drohobyczu oddzielny II-piętrowy budynek odpowiednio na ten cel zaadaptowany i składa się z oddziału ogólnego (50 łóżek) i psychjatrycznego (100 łóżek), przeznaczony jest wyłącznie dla mężczyzn, urządzony wzorowo, wyposażony w odpowiednie pracownie, sale operacyjne, gabinety: Roentgena, dentystyczny, hydroterapję i elektroterapję. W nowo otwartym szpitalu, zyskało polskie szpitalnictwo więzienne ważną placówkę, która przez przytrzymywanie i leczenie psychicznie chorych przestępców i przez odosobnianie psychopatów, oraz przez studja nad osobowością przestępcy, przyczyni się niewątpliwie do zwalczania chorób społecznych, jakiemi są choroby psychiczne.

Działalność Państwowego Zakładu Higieny. W celu należytego wykorzystania prac Państwowego zakładu higieny i jego filij, Ministerstwo opieki społecznej wydało zarządzenie w sprawie ustalenia terenów działalności Zakładu i poszczególnych filij. Państwowy zakład higjeny w Warszawie obejmie swą działalnością woj. warszawskie i białostockie, oraz szereg powiatów woj. lubelskiego i kieleckiego; filja P. Z. H. w Wilnie obejmie teren woj. wileńskiego i nowogródzkiego, filja w Lublinie — woj. lubelskie, filja we Lwowie — woj. lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie i część wołyńskiego, filja w Toruniu — woj. pomorskie, filja w Poznaniu — woj. poznańskie, filja w Katowicach — woj. śląskie i krakowskie oraz część kieleckiego, filja w Łodzi — woj. łódzkie i kilka powiatów woj. kieleckiego, oddział bakterjologiczny miejskiej pracowni w Brześciu nad Bugiem — teren woj. poleskiego.

Z obliczeń Gł. Urzędu Statystycznego wynika, że wskaźnik kosztów utrzymania rodziny pracownika umysłowego w Warszawie (żywność, alkohol i tytoń, opał i światło, mieszkanie, odzież i obuwie, higjena i zdrowie, inne), ulega stałemu obniżeniu. W roku 1928 wynosił on 100, w 1929 — 105,1, w 1930 — 101,3, w 1931 — 92,1, w 1932 — 82,6, w 1933 — 75,8.

Polska sprowadziła za pierwsze trzy miesiące 1934 środków farmaceutycznych, opatrunków i lekarstw 24 tonny w cenie 762.000 zł.

Mattei i Isémein omawiając na pos. tow. lekarskiego w Marsylji sposób leczenia duru brzusznego, stawiają na pierwszem miejscu zarzucone u nas naogół leczenie swoiste szczepionką i surowicą przeciwdurową Rodeta. Najlepsze wyniki uzyskiwać się ma w pierwszych siedmiu dniach choroby. Również i w późniejszych okresach duru ma dawać dobre wyniki t. zw. pyoterapja swoista, polegająca na stosowaniu podskórnem i dożylnem wyciągów z ropy, uzyskanej w organiźmie konia przez wstrzyknięcie pałeczek grupy durowej. O chemoterapji (między innemi i bizmutowej) wyrażają się autorzy z pewną rezerwą. Wielką rolę w szerzeniu się duru brzusznego odgrywają w Marsylji skorupiaki morskie (ostrygi i inne), wydobywane z wody na brzegu morskim, zakażonym treścią kanałów miejskich.

Uodparnianie personelu pielęgniarskiego przeciw wszelkim możliwym zakażeniom, stosowany w Stanach Zjednoczonych, przewiduje 12 w krótkim czasie po sobie następujących wstrzykiwań rozmaitych szczepionek. Ramon we Francji łączy poszczególne antygeny razem, proponując np. równoczesne uodparnianie przeciw durowi brzusznemu, durom rzekomym A i B, błonicy i tężcowi (w dwóch ostatnich wypadkach zapomocą anatoksyn). Całe to uodpornienie uzyskuje Ramon w dwóch wstrzyknięciach.

Autorowie czecho-słowaccy Hynek Pelc i M. Podzimkowa badali wpływ ziemniaków przeciw gnilcowi. Sok świeżych ziemniaków ma w tym wypadku wielką wartość, chociaż około 10 razy mniejszą niż sok świeżych cytryn. Starsze ziemniaki tracą te zalety bardzo znacznie.

Na posiedzeniu Akademji Lekarskiej w Paryżu z 10. IV. b. r. przedstawiono pracę M. Robineta, który na podstawie badań geologicznych i statystycznych udowadnia związek, istniejący między ilością spożywanych, w terenie się znajdujących soli magnezowych a stałości równowagi psychicznej. Im więcej soli magnezowych w terenie, tem mniej samobójstw. Również częstość raka jest większa w okolicach Francji, ubogich w sole magnezowe.

Komunikaty.

Min. Opieki Społecznej wydało Okólnik Nr. 9/34 zawierający zarządzenia w sprawie wykonywania rozporządzenia o dozorze nad mlekiem i jego przetworami.

Komitet Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce ustanowił nagrody konkursowe, przyznawane co dwa lata za najlepsze prace z dziedziny medycyny lotniczej. Po raz pierwszy nagrody te będą przyznane — w wysokości 350 i 150 zł w początku roku za prace, wykonane w ciągu 1933 i 1934 r. Prace konkursowe muszą być złożone do dnia 1 stycznia 1935 r. na ręce Sekretarza Rady Naukowej Lotniczo-Lekarskiej (Centrum Bad. Lot.-Lek. ul. Puławska 4 bud. 28). Prace winny być zaopatrzone w godło, a nazwiska autorów podane w zamkniętej kopercie, opatrzonej godłem.

Tow. Przyjaciół Huculszczyzny organizuje zjazd higjeniczno-lekarski w Worochcie w dniach 9, 10 i 11 czerwca b. r. Udział w zjeździe mogą wziąć lekarze i osoby interesujące się zagadnieniami zdrowotnemi Huculszczyzny. Uczestnictwo w zjeździe (pensjonat, wycieczki) wynosi 30 zł. a dla osoby towarzyszącej 20 zł. Zgłoszenia należy kierować do Komitetu Organizacyjnego na ręce p. doc. dr. G. Szulca, Chocimska 24, wpłacając jednocześnie odpowiednią kwotę na konto czekowe w P. K. O. 22310. Wszelkich informacyj w sprawie zjazdu udziela sekretarz generalny p. doc. dr. F. Przesmycki w godzinach od 9 do 3-ej. Warszawa. Chocimska 24, tel. 8-33-54.

Dyrekcja „Górki" (Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. Med. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku, ziemia Kielecka) uruchamia Kolonje Sezonowe Lecznicze dla dzieci od 6—14 lat z gruźlicą chirurgiczną lżejszego stopnia, reumatyzmem, anemją, skazami ustrojowemi z dniem 1 maja b. r. Cięższe schorzenia leczone są w Sanatorjum czynnem cały rok. Przyjmowane są również dzieci nerwowe i upośledzone umysłowo, oraz cofnięte w rozwoju — do specjalnego Oddziału pod fachowem kierownictwem przy sanatorjum. W sanatorjum — szkoła. Opłaty niskie. Dzieci pracowników państwowych za kartkami skierowania lekarzy urzędowych opłacają 25%.

W dniach od 27 do 30 czerwca b. r. odbędzie się w Liège 4-ta Sesja Międzynarodowego Biura Dokumentacji Wojskowo-Lekarskiej. Biuro to zostało powołane do życia na mocy uchwały Międzynarodowej Konferencji Szefów Służb Zdrowia Armji w roku 1929 i ma za zadanie scentralizowanie i gromadzenie wszelkiego dostępnego piśmiennictwa wojskowo-lekarskiego, jakoteż zbieranie i udzielanie informacyj co do organizacji i funkcjonowania służb zdrowia poszczególnych państw. Biuro Dokumentacji jest wraz z Komitetem Stałym Kongresów organem Międzynarodowych Zjazdów Medycyny i Farmacji Wojskowej i poza pracami wspomnianemi wydaje czasopismo poświęcone międzynarodowym sprawom medycyny wojskowej, a mianowicie *„Bulletin International"*, ukazujący się łącznie z *„Archives Médicales Belges"*. Podczas tegorocznej sesji zostaną wygłoszone między innemi dwa odczyty delegatów polskich, a mianowicie: Płk. Doc. Dr. Leona Owczarewicza p. t.: „Uodparnianie przeciw zakażeniom ran wojennych" i Płk. Dr. Tadeusza Sokołowskiego p. t.: „Metody aktualne leczenia ran zakażonych w polu".

Kurs techniki hematologicznej i serologicznej prowadzony przez E. Peyre'a odbędzie się w czerwcu b. r. w Paryżu. Oprócz wykładów, zajęcia praktyczne. Szczegóły w sekretarjacie Wydz. Lek. Uniwersytetu w Paryżu.

Redakcja otrzymała:

A. Cieszyński: Kronika kliniki stomatologicznej U. J. K. (1905—1934). Lwów, 1934.

Przewodnik Terapeutyczny. Rok 1933. Lwów.

W. H. Veil: Rheumatismus. Enke. Stuttgart. 1934.

Académie Polonaise des Sciences et des Lettres: Comptes rendus mensuels des séances de la classe de médecine. Cracovie. Février. 1934. Nr. 2.

K. Stróżecki: Łaźnie w dawnej Polsce i konieczność ich wznowienia. Warszawa 1933.

Sprawozdanie zarządu Kasy Chorych w Warszawie za rok 1932.

J. Nelken: Higjena psychiczna w wojsku. Warszawa 1934.

Z. Szymanowski: Jeszcze w sprawie reformy studjów lekarskich. Odb. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie". r. 1934.

Sprawozdanie Związku Lekarzy Kas Chorych Koło Kraków za lata 1929—1934. Kraków 1934.

P. Ravaut: Une nouvelle syphilis nerveuse. Masson. Paris. 1934 r.

P. Gastinel et R. Pulveins: La syphilis expérimentale. Masson. Paris. 1934.

S. Wassermann: Das akute kardiale Lungenödem und sein reflektorischer Mechanismus. Odb. Wien. Arch. f. innere Med. T. 24. 1934.

P. Nobécourt et L. Babonneix: Traité de médecine des enfants. T. V. Masson. Paris. 1934.

K. Karaffa-Korbutt: Higjena. Wyd. II. J. Zawadzki. Wilno. 1934 r.

W. Grzywo-Dąbrowski i St. Manczarski: Samobójstwa w Polsce w 1931 r. Odb. „Czasopismo Sądowo-lek." Nr. 1. 1934.

Bullet. intern. de l'Acad. Polonaise d. sciences et des lettres. Classe de médecine. Nr. 1—2. 1934.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul Rutowskiego 9.